



# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE

## KONTAKTNÍ INFORMACE

Jméno

Rodné příjmení

Místo narození

Státní občanství

Povolání (původní)

Zdravotní pojišťovna

Email

Trvalé bydliště

Příjmení

Rodné číslo

Stav

Národnost

Číslo OP

Telefon

Adresa současného pobytu

## OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

### PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Název a adresa pracoviště

Jméno

Adresa

Telefon

Email

### ODBORNÝ LÉKAŘ

Název a adresa pracoviště

Oddělení

Nemocnice

Jméno

Telefon

Email

## AKTUÁLNÍ SOCIÁLNÍ SITUACE

### ŽIJETE SÁM?

Ano  Ne, uveďte s kým

### KDE SE NYNÍ NACHÁZÍTE?

Doma  V nemocnici  V sociálním zařízení  V péči osoby blízké

Jiné ...

## PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Jste příjemcem příspěvku na péči?  Ano  Ne

**Ne**, ale je o něj požádáno – datum podání žádosti

Bylo provedeno sociální šetření?  Ano  Ne

**pokud ano**, jaký stupeň příspěvku na péči Vám byl přiznán?  I  II  III  IV  V

Bylo požádáno o navýšení příspěvku?  Ano  Ne

## SOUČASNÝ STAV ŽADATELE - VYBERTE VARIANTU

Chodící, schopen sebeobsluhy

Převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy

Ležící, zcela závislý na pomoci druhých

Máte nějakou dietu  Ano  Ne

Jakou

## DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

Terminální stádium nemoci  Nemožnost domácí péče

Zhoršení zdravotního stavu  Stabilizace zdravotního stavu

Jiné...

## KONTAKTNÍ OSOBY

### OSOBA 1

Jméno

Příjmení

Bydliště

Telefon

Email

#### VZTAK K ŽADATELI

Rodina

Sociální pracovník

Jiné ...

### OSOBA 2

Jméno

Příjmení

Bydliště

Telefon

Email

#### VZTAK K ŽADATELI

Rodina

Sociální pracovník

Jiné ...

Datum, jméno a podpis osoby (která žádost vyplnila)

Telefon

Vztah k pacientovi

Žádost přijal a zpracoval

Datum

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S PŘIJETÍM DO PÉČE HOSPICE MEZI STROMY

Potvrzuji, že já

RČ

níže podepsaný/á

jsem se svobodně rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči poté, co jsem byl/a lékařem poučena o mém zdravotním stavu a jeho prognóze.

Byl/a jsem seznámena s principy paliativní péče, která poskytuje:

- zajištění maximální kvality života pacienta, nikoliv jeho umělé prodlužování zákroky a postupy, které ke zlepšení kvality života nevedou,
- léčbu všech příznaků onemocnění dostupnými prostředky současné medicíny,
- zachování lidské důstojnosti s respektem k hodnotě člověka,
- péči multidisciplinárního týmu poskytovanou lékaři, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, psychologem, v případě zájmu duchovním.

V případě zlepšení a stabilizace zdravotního stavu mohou být propuštěn/a do domácího ošetřování.

Beru na vědomí, že poskytovatel péče podle shora uvedené smlouvy bude využívat mé osobní údaje pro účely poskytování zdravotních a sociálních služeb, pro plnění povinností vyžadovaných platnými právními předpisy a další případy, kdy tak stanoví Nařízení evropského parlamentu (GDPR) č. 679/2016, případně jiné právní předpisy.

Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu.

V

dne

a) Podpis pacienta/ky

b) Jiný způsob, kterým pacient/ka projevil/a svou vůli, pokud není schopen/schopna podpisu\*):

Svědci:

Jméno, podpis

Jméno, podpis

c) Není-li pacient/ka schopen/a projeviti informovaný souhlas s ohledem na svůj zdravotní stav, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Jméno a podpis

Vztah k pacientovi

\*) např. ústně, pohyby hlavy, pohyby očí, stiskem ruky apod.