



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE

OSOBNÍ ÚDAJE PACIENTA

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

Název zařízení

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

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 PACIENTOVI

Rodina

Sociální pracovník

Jiné ...

OSOBA 2

Jméno

Příjmení

Bydliště

Telefon

Email

VZTAK K PACIENTOVI

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.