



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE



Pacient/ka	Jméno	Příjmení	Titul
	Rodné číslo	Číslo OP	Zdravotní pojišťovna
	Datum narození	Rodné příjmení	Povolání
	Adresa trvalého bydliště		Telefon
	Adresa současného pobytu		Telefon
Lékař	Praktický lékař	Odesílající / odborný lékař	
	Název, adresa pracoviště	Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)	
	Telefon:	Telefon:	
	E-mail:	E-mail:	
Sociální situace	Sociální stav		Pacient žije sám <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Pacient má přiznaný příspěvek na péči <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Přiznaný stupeň závislosti (I-IV. stupeň)
	Výše příspěvku (Kč):		Úřad, který příspěvek přiznal:
	Nepobírá-li pacient příspěvek, je o něj zažádáno <input type="checkbox"/> Ano, uveďte kdy, kde <input type="checkbox"/> Ne		
Ručitel (osoba odpovědná za vyrovnaní závazků) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi	
Adresa		E-mail:	
		Telefon:	
Pacient byl seznámen se svým onemocněním a prognózou <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nevím			
Pacient je informován o indikaci paliativní péče <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nevím			
Osoba blízká byla informována o pacientově diagnóze <input type="checkbox"/> Ano, jméno, vztah k pacientovi <input type="checkbox"/> Ne			

Nynější onemocnění, diagnózy	Důvod žádosti o přijetí pacienta do lůžkového hospice					
	<input type="checkbox"/> posouzení indikace k hospicové paliativní péči					
	Nynější onemocnění (diagnóza, datum stanovení, předpokládaná prognóza v době žádosti), příp. medikace					
	Datum (měsíc a rok) indikace k paliativní péči (přiložte zdravotní dokumentaci s rozhodnutím, u onkologického onemocnění s rozhodnutím o ukončení protinádorové léčby)					
	Vedlejší diagnózy (podle důležitosti, s datem stanovení), příp. medikace					
	Plánované kontroly <input type="checkbox"/> Ano, uveďte				<input type="checkbox"/> Ne	
Infekční onemocnění (nejsou důvodem zamítnutí žádosti) <input type="checkbox"/> Hepatitida, uveďte typ: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA				<input type="checkbox"/> Ne		
Žadatel	<input type="checkbox"/> blízká osoba <input type="checkbox"/> praktický lékař <input type="checkbox"/> odborný lékař <input type="checkbox"/> domácí hospic <input type="checkbox"/> zdravotnické zařízení <input type="checkbox"/> sociální zařízení					
Pacient je v současné době	<input type="checkbox"/> doma (datum poslední hospitalizace) <input type="checkbox"/> ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail) <input type="checkbox"/> jinde (adresa, telefon, e-mail)					
Současný stav pacienta	Mobilita <input type="checkbox"/> Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých					
	Porucha vědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma				<input type="checkbox"/> Ne	
	Dekubity <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
	Invazivní vstupy (ponechte in situ) <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PVK <input type="checkbox"/> NGS/NJS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> TSK				<input type="checkbox"/> Ne	
	Stomie <input type="checkbox"/> Ano, druh				<input type="checkbox"/> Ne	
	Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká
		Bolest				
		Dušnost				
		Nauzea/zvracení				
		Nechutenství				
Únava/slabost						
Deprese/úzkost						
Ospalost						
Další problémy:						
Nelze-li získat svobodný informovaný souhlas, uveďte důvod						
Zavedeno detenční řízení <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne						
Datum, jméno, podpis lékaře, který žádost vyplnil						
Datum, jméno, podpis osoby, která žádost vyplnila, vztah k pacientovi						

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S PŘIJETÍM
DO PÉČE HOSPICE DOBRÉHO PASTÝŘE ČERČANY**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení lékařem o mém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem seznámen s povahou a účelem hospicové paliativní léčby, jejími možnostmi a alternativách, jakož i s důsledky a riziky svého rozhodnutí, že mi nadále bude poskytována hospicová paliativní péče.

Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti. Jsem si vědom/a, že budou používány léčebné postupy, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí. Beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit neblahý průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života (např. zaměřené na obnovu nebo léčbu selhávajících orgánů).

Mé dříve vyslovené přání dle § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je, aby se péče řídila výše uvedenými cíli léčby i v případě zhoršení mého zdravotního stavu, které mi znemožní podílet se na rozhodování o další péči. Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení ze strany lékaře dle bodu 5 resp. 6 přílohy 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Hospice Dobrého Pastýře. Byl/a jsem seznámen/a s "Informacemi před přijetím". Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku.

Jméno a příjmení pacienta/ky:

Rodné číslo pacienta/ky:

V..... dne Podpis pacienta/ky

Není-li pacient/ka schopen/a podepsat svobodný informovaný souhlas s ohledem ke svému zdravotnímu stavu, 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 příjmení pacienta/ky:

Rodné číslo pacienta/ky:

V..... dne

Podpis osoby určené pacientem/pacientkou či jiné osoby:, vztah

Podpis svědka dříve vysloveného přání dle § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách

Žádost zašlete do Hospice Dobrého Pastýře:

- poštou na adresu: Sokolská 584, 257 22 Čerčany
- e-mailem: socialni.pracovnik@hospic-cercany.cz
- faxem: 317 700 903

V případě dotazů neváhejte kontaktovat sociální pracovníky osobně nebo telefonicky (po-pá 8.00 – 16.00, 731 461 124, 317 777 381).

Žádáme o co nejpřesnější vyplnění žádosti. Umožníte tak vyhovět individuálním požadavkům pacienta a urychlíte přijetí do našeho zařízení.

Zavedené vstupy ponechte in situ.

Transport pacienta plánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 12.00 naplánovaného dne přijetí.

Vyjádření Hospice Dobrého Pastýře Čerčany k žádosti o přijetí

Datum, razítko a podpis lékaře