



ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO DOMÁCIHO HOSPICE



ŽADATEL	Příjmení:	Titul:	Jméno:	Rodné příjmení:
	Rodné číslo:	Datum nar.:		Rodinný stav:
	Povolání (i dřívější):		Zdravotní pojišťovna:	
	Adresa trvalého bydliště:			
	PSČ:			
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm):			
PSČ:				
Telefon:		Podpis žadatele:		
Jméno a příjmení (Titul) Adresa Telefon PSČ E-mail			Vztah	PŘÍBUZNÍ
Jméno a příjmení (Titul) Adresa Telefon PSČ E-mail			Vztah	
LÉKAŘI	<u>PRAKTICKÝ LÉKAŘ</u>		<u>ODBORNÝ LÉKAŘ</u>	
	IČO Adresa Telefon E-mail		IČO Adresa Telefon E-mail	
	Pacient je v pokročilém stádiu onkologické choroby s ukončenou onkologickou léčbou. Indikována paliativní péče včetně návštěvy specialisty v domácnosti. Žádám o převzetí pacienta do péče Ambulance paliativní medicíny/ Domáčího Hospice Dobrého Pastýře.			
	<u>Diagnóza:</u> <u>Současné potíže:</u> <ul style="list-style-type: none">• bolest• zažívací• dušnost• deprese <u>Jiné:</u>			