



ŽÁDOST O PŘIJETÍ

- do domácího hospice
 do lůžkového hospice



Pacient	Jméno, příjmení, tituly		Zdravotní pojišťovna
	Rodné číslo	Datum narození	Povolání (původní)
	Adresa trvalého bydliště		Telefon
	Adresa současného pobytu		E-mail
Ošetřující lékař	Praktický lékař		Odborný lékař
	Název, adresa pracoviště		Název, adresa pracoviště (vč. kliniky a oddělení)
	Telefon:		Telefon:
	E-mail:		E-mail:
Sociální situace	Rodinný stav <input type="checkbox"/> svobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý / vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovělý/á <input type="checkbox"/> druh / družka		
	Pacient žije sám <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, uveďte s kým:		
	Zodpovědná osoba a ručitel za péči a úhradu (určená pacientem) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		Telefon
			E-mail
Příspěvek na péči <input type="checkbox"/> Ano, pacient má přiznaný stupeň závislosti (uveďte): <input type="checkbox"/> je podaná žádost <input type="checkbox"/> Ne			
Informovanost Hospitalizační historie	Pacient je informován o svém zdravotním stavu?		<input type="checkbox"/> Ano, plně <input type="checkbox"/> Ano, částečně <input type="checkbox"/> Ne
	Zodpovědná osoba je informována o zdravotním stavu pacienta?		<input type="checkbox"/> Ano, plně <input type="checkbox"/> Ano, částečně <input type="checkbox"/> Ne
	Pacient má stanovený plán další péče/léčby?		<input type="checkbox"/> Ano Uveďte: <input type="checkbox"/> Ne
	Pacient má stanovený termín kontroly u odborného lékaře?		<input type="checkbox"/> Ano Uveďte: <input type="checkbox"/> Ne
	V posledních 3 měsících byl pacient hospitalizován?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> >3x <input type="checkbox"/> Ne Důvod:
	V posledním měsíci: Byl pacient v ambulantní péči praktického nebo odborného lékaře? Byla aplikovaná chemoterapie? Byla aplikovaná radioterapie? Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> praktický lékař <input type="checkbox"/> odborný lékař <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> >3x <input type="checkbox"/> Ne Důvod:

Diagnózy, indikace k hospicové péči	Základní diagnóza (datum dg., rozsah postižení, měsíc/rok ukončení nemoc-specifické léčby, prognóza v době žádosti)						
	Paliativní péče již probíhala <input type="checkbox"/> Ano (přiložte zprávu)					<input type="checkbox"/> Ne	
	Paliativní konzilium provedeno <input type="checkbox"/> Ano (přiložte zprávu)					<input type="checkbox"/> Ne	
	Důvod žádosti o přijetí do hospicové péče <input type="checkbox"/> terminální fáze onemocnění <input type="checkbox"/> dočasná / respitní hospitalizace (od-do): <input type="checkbox"/> terminální stav <input type="checkbox"/> jiný, uveďte:						
	Komorbidity (další nemoci významné pro prognózu pacienta)						
Plánované lékařské kontroly <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne		
Infekční onemocnění (HBV, HCV, HIV, MRSA, C. difficile, aj.) <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne		
Žadatel	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> blízká osoba <input type="checkbox"/> praktický/odborný lékař <input type="checkbox"/> zdravotnické zařízení <input type="checkbox"/> sociální zařízení						
Pacient je před přijetím	<input type="checkbox"/> doma (datum poslední hospitalizace, přiložte zprávu) <input type="checkbox"/> ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail) <input type="checkbox"/> jinde (adresa, telefon, e-mail)						
Současný stav pacienta	Hlavní problém pacienta:						
	Posouzení závislosti <input type="checkbox"/> Imobilita <input type="checkbox"/> sám se nepřesune z lůžka na židli <input type="checkbox"/> sám se nenají anebo nenapije <input type="checkbox"/> Inkontinence (moče, stolice) <input type="checkbox"/> sám se neoblékne <input type="checkbox"/> sám nevykoná hygienu						
	Hodnocení výkonnostního stavu <input type="checkbox"/> Pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc <input type="checkbox"/> Pacient je na lůžku nebo v křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče <input type="checkbox"/> Pacient je ležící, neschopen péče o sebe, nezbytná aktivní zdravotní péče (ošetřovatelská, lékařská)						
	Porucha vědomí <input type="checkbox"/> Ano, uveďte <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Kóma					<input type="checkbox"/> Ne	
	Dekubity/rány <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne	
	Příjem tekutin za den: _____ ml Příjem jídla za den: _____ % porce (0-100%)						
	Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká	Užívá léky (pokud ANO, uveďte jaké / NE)
		Bolest					
		Dušnost					
		Nauzea/zvracení					
Nechutenství							
Únava/slabost							
Deprese/úzkost							
Ospalost							
Další obtíže/příznaky:							
Datum, jméno, podpis osoby (která žádost vyplnila)							
Vyjádření Hospice Dobrého Pastýře Čerčany k žádosti (datum, razítko, podpis lékaře)							

Součástí žádosti do lůžkového hospice je souhlas s hospitalizací.

Souhlas s hospitalizací v lůžkovém Hospici Dobrého Pastýře

Poskytovatel:

TŘI, z.ú.

provozovatel zdravotnického zařízení Hospic Dobrého Pastýře

se sídlem Sokolská 584, 257 22 Čerčany

IČO: 18623433

zastoupen: PharmDr. Monikou Horníkovou, MHA, ředitelkou

(dále jen „poskytovatel“)

Pacient:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bytem:
(dále jen „pacient“)

Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bytem:
(dále jen „oprávněná osoba“)

Souhlas s hospitalizací

Já, níže podepsaný/á pacient/ka, souhlasím s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení poskytovatele, v Hospici Dobrého Pastýře na adrese Sokolská 584, 257 22 Čerčany.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučena o svých právech a povinnostech vyplývajících ze zákona o zdravotních službách, zejména povinnosti dodržovat navržený individuální léčebný postup, řídit se domácím řádem poskytovatele a pravdivě informovat ošetřující zdravotnické pracovníky o dosavadním vývoji mého zdravotního stavu, užívání léčivých přípravků a dalších skutečnosti podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

V Čerčanech dne:

.....
podpis pacienta

Žádost o přijetí můžete podat osobně nebo poštou (TŘI, z.ú., Sokolská 584, 257 22 Čerčany), faxem (317 700 903), e-mailem (domácí hospic domaci@hospic-cercany.cz, lůžkový hospic luzkovy@hospic-cercany.cz).

Kontaktujte v případě dotazů sociální pracovníky osobně nebo telefonicky (domácí hospic 605 110 221, lůžkový hospic 731 461 124, 317 777 381).

Přiložte zdravotní dokumentaci pacienta k žádosti. Dokumentace musí obsahovat anamnézu, souhrn základního onemocnění (vč. data ukončení nemoc-specifické léčby), výsledky vyšetření, záznam paliativního konzilia anebo souhrn průběhu paliativní péče a aktuálně užívané léčivé přípravky. Uvedené informace obvykle obsahují lékařské propouštěcí zprávy anebo lékařské zprávy vystavené praktickým nebo odborným lékařem pro účely žádosti.

Ponechte zavedené nitrožilní vstupy aj. in situ. Infekční nemoci nejsou kontraindikací přijetí k hospitalizaci.

Transport pacienta k hospitalizaci naplánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 12.00 plánovaného dne přijetí.