



# ŽÁDOST O SLUŽBU AMBULANCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY



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 svobodný/á ženatý / vdaná rozvedený/á ovdovělý/á druh / družka				
	Pacient žije sám Ano 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 Ano, pacient má přiznaný stupeň závislosti (uveďte): je podaná žádost Ne					
Informovanost Hospitalizační historie	Pacient je informován o svém zdravotním stavu?		Ano, plně	Ano, částečně	Ne
	Zodpovědná osoba je informována o zdravotním stavu pacienta?		Ano, plně	Ano, částečně	Ne
	Pacient má stanovený plán další péče/léčby?		Ano Uveďte:		Ne
	Pacient má stanovený termín kontroly u odborného lékaře?		Ano Uveďte:		Ne
	V posledních 3 měsících byl pacient hospitalizovaný?		Ano	1x 2-3x >3x	Ne
	V posledním měsíci: Byl pacient v ambulantní péči praktického nebo odborného lékaře? Byla aplikovaná chemoterapie? Byla aplikovaná radioterapie? Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		Ano Ano Ano Ano	praktický lékař odborný lékař 1x 2-3x >3x	Ne Ne Ne Ne

