



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE



naléhavost přijetí

okamžitá

do měsíce

předběžná žádost

Pacient	Jméno, příjmení, tituly		Zdravotní pojišťovna	Zaměstnání (původní)			
	Rodné číslo	Datum narození	Vzdělání				
			ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ	VOŠ	VŠ
	Adresa trvalého bydliště		Telefon				
Adresa současného pobytu		E-mail					

Diagnózy, indikace	Základní diagnóza (datum dg., rozsah postižení, měsíc/rok ukončení nemoc-specifické léčby, prognóza v době žádosti)						
	Paliativní konzilium provedeno		NE	ANO (přiložte zprávu)	Onkologická léčba ukončena		NE

Současný stav pacienta	Hlavní problém pacienta						
	Posouzení závislosti						
	imobilita		sám se nepřesune z lůžka na židli		sám se nenají anebo nenapije		
	inkontinence (moče, stolice)		sám se neoblékne		sám nevykoná hygienu		
	Porucha vědomí		NE	ANO (uved'te)			
	Dekubity, rány		NE	ANO (uved'te)			
	Invazivní vstupy		NE	ANO (uved'te)			
	Hodnocení závažnosti příznaků		žádná	nízká	střední	vysoká	Užívá-li pacient léky, uveďte jaké
		Bolest					
		Dušnost					
Nauzea/zvracení							
Nechutenství							
Únava/slabost							
Deprese/úzkost							
Ospalost							
Nespavost							
Krvácivé stavy							
Další obtíže/příznaky							

Datum, jméno, podpis osoby (která žádost vyplnila)
--

Vyjádření TŘI, z.ú. k žádosti (datum, razítko, podpis lékaře)

Ošetřující lékař	Praktický lékař		Odborný lékař			
	Název, adresa pracoviště		Název, adresa pracoviště (včetně kliniky a oddělení)			
	Telefon	E-mail	Telefon	E-mail		
Sociální situace	Rodinný stav	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á	ovdovělý/á	druh/družka
	Příspěvek na péči	NE	je podaná žádost	ANO (uveďte přiznaný stupeň závislosti)		
	Zodpovědná osoba a ručitel za péči a úhradu určená pacientem		Vztah k pacientovi			
	Jméno, příjmení, titul		Telefon			
Adresa		E-mail				

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S PŘIJETÍM DO PÉČE HOSPICE DOBRÉHO PASTÝŘE V ČERČANECH

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 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 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/kou či jiné osoby (vztah)

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

Žádost o přijetí můžete podat osobně nebo poštou: TŘI, z.ú., Sokolská 584, 257 22 Čerčany, faxem: 317 700 903, e-mailem: luzkovy@hospic-cercany.cz. Kontaktujte v případě dotazů sociální pracovníky telefonicky: 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.