



# 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 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
			Důvod:		
	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

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 Ano (přiložte zprávu)						Ne	
	Paliativní konzilium provedeno Ano (přiložte zprávu)						Ne	
	Důvod žádosti o přijetí do hospicové péče terminální fáze onemocnění <input type="checkbox"/> dočasná / respitní hospitalizace (od-do): 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	Nížká	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 je informovaný souhlas s přijetím do péče Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

## Souhlas s hospitalizací v Hospici Dobrého Pastýře - vyplňte jen v případě žádosti o přijetí do lůžkového hospice -

### 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](mailto:domaci@hospic-cercany.cz), lůžkový hospic [luzkovy@hospic-cercany.cz](mailto: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.