



ŽÁDOST O PŘIJETÍ

☐ do mobilního 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?		☐ Ano ☐ praktický lékař ☐ odborný lékař ☐ Ne
	Byla aplikovaná chemoterapie?		☐ Ano ☐ Ne
Byla aplikovaná radioterapie?		☐ Ano ☐ Ne	
Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		☐ Ano ☐ 1x ☐ 2-3x ☐ >3x ☐ 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 ☐ Ano (přiložte zprávu)					☐ Ne	
	Paliativní konzilium provedeno ☐ Ano (přiložte zprávu)					☐ Ne	
	Důvod žádosti o přijetí do hospicové péče ☐ terminální fáze onemocnění ☐ dočasná / respitní hospitalizace (od-do): ☐ terminální stav ☐ jiný, uveďte:						
	Komorbidity (další nemoci významné pro prognózu pacienta)						
Žadatel	Plánované lékařské kontroly ☐ Ano, uveďte:					☐ Ne	
	Infekční onemocnění (HBV, HCV, HIV, MRSA, C. difficile, aj.) ☐ Ano, uveďte:					☐ Ne	
Pacient je před přijetím	☐ pacient ☐ blízká osoba ☐ praktický/odborný lékař ☐ zdravotnické zařízení ☐ sociální zařízení ☐ doma (datum poslední hospitalizace, přiložte zprávu) ☐ ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail) ☐ jinde (adresa, telefon, e-mail)						
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						
	Hodnocení výkonnostního stavu ☐ Pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc ☐ Pacient je na lůžku nebo v křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče ☐ Pacient je ležící, neschopen péče o sebe, nezbytná aktivní zdravotní péče (ošetřovatelská, lékařská)						
	Porucha vědomí ☐ Ano, uveďte ☐ Somnolence ☐ Sopor ☐ Kóma					☐ Ne	
	Dekubity/rány ☐ Ano, uveďte:					☐ 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 je informovaný souhlas s přijetím do péče Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

**Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků,
s poskytováním domácí paliativní péče**

Poskytovatel domácí paliativní péče

IČZ/IČP:

(dále jen Poskytovatel)

Název IČZ/IČP:

Poskytovatel od (uvést den, měsíc, rok)

poskytuje pacientovi rodné číslo: domácí paliativní
péči dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. jejich přepravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a potřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

V.....dne.....

V.....dne.....

.....
razítko a podpis

Za Poskytovatele:

.....
titul, jméno a příjmení, funkce

.....
Pacient: titul, jméno a příjmení

.....
Osoba, která pečuje o pacienta:
titul, jméno a příjmení

.....
Osoba, která pečuje o pacienta:
titul, jméno a příjmení

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

Kontaktujte v případě dotazů sociální pracovníky osobně nebo telefonicky (mobilní hospic 605 110 221, 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.

Součástí žádosti je informovaný souhlas s přijetím do péče Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.