

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO HOSPICE HVĚZDA

JMÉNO, PŘÍJMENÍ A TITUL PACIENTA:

.....

DATUM NAROZENÍ:

RODNÉ ČÍSLO: ZDRAV. POJ.:

STAV: POVOLÁNÍ:

ADRESA TRV. BYDLIŠTĚ + PSČ:

.....

ADRESA NYNĚJŠÍHO POBYTU PACIENTA:

.....

.....

TEL. DOMŮ: TEL. NYNÍ:

MOBIL. TEL.:

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ

PRAKTICKÝ LÉKAŘ (není-li tentýž)

Jméno: Jméno:

Tel.: Tel.:

Adresa: Adresa:

NEJBLIŽŠÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná nebo jiná kontaktní osoba, která pacienta zastupuje na základě plné moci)

Jméno a příjmení:

Vztah:

Adresa:

Tel. ve dne: Tel. večer a v noci:

DIAGNÓZY ŽADATELE V POŘADÍ ZÁVAŽNOSTI

OZNAČENÍ MKN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POŽADAVEK LÉKAŘE NA POSKYTOVANOU PÉČI V HOSPICI (zaškrtněte, eventuelně doplňte):

Přechodnou – definitivní paliativní péči na ošetrovatelském lůžku

Terminální péči na ošetrovatelském lůžku

Léčbu dalších symptomů (jakých):

Jiné (uved'te konkrétně):

.....

V dne

Razítko a podpis lékaře

POBÍRÁ ŽADATEL PŘÍSPĚVEK NA PÉČI? ANO NE

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI PODÁNA DNE :

.....

OČEKÁVÁNÍ ŽADATELE OD HOSPICE :

.....

.....

OČEKÁVÁNÍ PŘÍBUZNÝCH :

.....

.....

ZNÁ ŽADATEL DIAGNÓZU SVÉ NEMOCI? ANO: NE

CHCE ŽADATEL O SVÉ SITUACI MLUVIT ? ANO NE

Pokud NE, uveďte důvod:

.....

Podpis žadatele: Dne:

INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE

Já, níže podepsaný(á)
(jméno, příjmení, titul)

Rodné číslo:

Bydliště:

Souhlasím, že jsem byl(a) lékařem dostatečně a srozumitelně informován(a) o svém zdravotním stavu a seznámen(a) s diagnózou a prognózou.

Byl(a) jsem informován(a) o poskytování tzv. paliativní péče v hospici, kde není cílem udržování života za každou cenu, ale udržování kvality života a snaha o důstojné prožívání nemoci.

Byl(a) jsem informován(a) o tom, že lékař se v léčbě prioritně zaměřuje na udržení kvality života a tišení bolesti a nezatěžuje pacienta náročným vyšetřováním a neefektivní léčbou.

Měl(a) jsem možnost se samostatně rozhodnout a dotázat se na vše potřebné.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se rozhodl(a) pro pobyt v Hospici Hvězda dobrovolně, dle vlastního uvážení a po řádném poučení. Souhlasím s paliativní léčbou v hospici. Svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt mohu kdykoliv ukončit bez uvedení důvodu.

V Dne

Poučení poskytl lékař: Podpis lékaře:

Žadatel: Podpis žadatele:
(jméno a příjmení)