ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO HOSPICE CHRUDIM

Pro pacienta:

*Pacient*

Jméno, příjmení ………………………………………………………………….………………………………………………….

Rodné příjmení ………………………………………… Rodné číslo …………………………………….………….

Stav …………………………..……… Místo narození……..…………………………………....

Národnost ………………………… Státní občanství …………………………………………

Číslo OP …………………………….. Zdravotní pojišťovna ………………………………….

Telefon ……………………………... E-mail ………………………………………………………..

Trvalý pobyt ……………………………………………………………………………………………………………………………

Bydliště (odlišné od TP) …………………………………………………………………………………………………..……..

Kde se pacient t.č. nachází (např. doma-kdo o něj pečuje,…)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zaškrtněte důvod přijetí:

a) terminální stádium onkologického onemocnění
b) zhoršení zdravotního stavu

c) nezvládání péče doma

d) ke stabilizaci zdravotního stavu

*Zodpovědná blízká osoba nebo sociální pracovník odesílajícího zařízení nebo jiná kontaktní osoba*

Jméno, příjmení ……………………………………………………………………………………………………………………

Vztah k pacientovi …………………………………..

Adresa ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon ……………………………......................... E-mail ……………………………………………………

*Další blízké osoby*

Jméno, příjmení ……………………………………………………………………………………………………………………

Vztah k pacientovi…………………………………..

Telefon ……………………………........................ E-mail ….……………………………………………….

Kdo převezme péči o pacienta v případě propuštění: …………………………………………………………...

Pro lékaře:

*Praktický lékař, u něhož je pacient registrován*

Jméno, příjmení……………………………………………………… Telefon ………………………….…………...

Adresa ……………………………………………………………………………………………………………………………………

*Odesílající lékař*

Jméno, příjmení……………………………………………………… Telefon ………………………….…………...

Adresa ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Základní onemocnění, které je důvodem k přijetí do hospice – možno nahradit lék. zprávou:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Záznamy Hospice Chrudim:

Je pacientovi přiznán příspěvek na péči ano – ne výše: ……………………………………………

Pokud ne, bylo požádáno o příspěvek na péči ano – ne?

Bylo provedeno sociální šetření ano – ne?

PN: ano – ne Starobní důchod: ano – ne Invalidní důchod: ano – ne

Rodina, děti: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Profese: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stav v poslední době:……………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kontaktní osoba Hospice Chrudim: Mgr. Bc. Marcela Turay Tel.: 734 414 435
E-mail: socialni@hospicchrudim.cz
Adresa: Hospic Chrudim z.ú., K Ploché dráze 602, 537 01 Chrudim
V případě nutnosti: sesterna (nepřetržitě) ……………. tel.: 734 414 418

SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE O POBYT V HOSPICI

Žádám o přijetí do Hospice Chrudim. Stvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl
pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom, že prioritou léčby v hospici je kvalita života, nikoliv jeho prodloužení nebo záchrana za každou cenu. Souhlasím s tím, že v hospici nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života.

Datum, podpis žadatele: ……………………………………….………………………………