

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ DOMÁČÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Titul, jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Trvalé bydliště:

Adresa pobytu v době poskytování péče:

Pojišťovna:	Číslo pojištění (RČ):			
Nynější pobyt:				
<input type="checkbox"/> domov	Praktický lékař (jméno, adresa, telefon):			
<input type="checkbox"/> nemocnice	Oddělení:			
Diagnóza:				
Léky:				
Dochází pacient na oddělení onkologie Písek:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Lékař indikující hospicovou péči: (doložte lékařskou zprávu)				
Aktuální stav:				
<input type="checkbox"/> bolest	<input type="checkbox"/> problémy s výživou	<input type="checkbox"/> nevolnost a zvracení	<input type="checkbox"/> dušnost	
<input type="checkbox"/> proleženiny, rány	<input type="checkbox"/> jen ležící	další:		
Informován o nemoci:				
O diagnóze:	<input type="checkbox"/> plně	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> vůbec ne	<input type="checkbox"/> nelze posoudit
O prognóze:	<input type="checkbox"/> plně	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> vůbec ne	<input type="checkbox"/> nelze posoudit
Poznámka:				

Odkud jste se dozvěděli o domácí hospicové péči?

Způsobilost pacienta k právním úkonům: ano ne
(pokud ne, doložte potřebné dokumenty)

Vyplněním a podepsáním této žádosti souhlasím se zpracováním a uchováním osobních údajů ve smyslu nařízení EU č. 2016/679 GDPR.

Jméno a příjmení osoby, která celodenně pečuje o žadatele:

Vztah k pacientovi:

Datum narození:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Datum:.....

Podpis pečující osoby:.....