

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ 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:				
Lékař inklinující hospicovou péčí: (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:				

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

Jméno a příjmení osoby, která celodenně pečuje o pacienta:

Vztah k pacientovi:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis pečující osoby: