



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA do mobilní specializované paliativní péče / domácího Hospice sv. Alžběty

---

PACIENT jméno a příjmení, titul

rodné číslo

zdravotní pojišťovna

ADRESA kde bude nemocný pobývat

PEČUJÍCÍ OSOBA jméno a příjmení, titul

ve vztahu k pacientovi

KONTAKTNÍ TELEFON

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

Pokročilé onkologické onemocnění s ukončenou protinádorovou terapií

Pokročilé neonkologické onemocnění, interní polymorbidita

Jiný důvod \_

DIAGNÓZY, EPIKRÍZA

ODHAD PROGNÓZY  dny  týdny  měsíce  nejasná

MOBILITA a soběstačnost pacienta

Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy

Pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy

Pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci

KONTAKT, vědomí  Bez omezení  Ztížený  Nelze navázat

AKTUÁLNÍ POTÍŽE  Bolest  Dušnost  Slabost, únava  Stavby zmatenosti  Nechutenství  Nevolnost

Zvracení  Zácpa  Nespavost  Úzkost  Deprese  Kožní defekty, dekubity  Jiné \_

MEDIKACE včetně formy podání

Pravidelná

Při potížích

## PACIENT MÁ ZAVEDEN

PŽK CVK PICC port

Kolostomii ileostomii epicystostomii nefrostomii/e PMK

Břišní drén Hrudní drén PTD

PEG NGS NJS jiné \_

OXYGENOTERAPIE ano ne

Potřebuje pacient ZDRAVOTNÍ ČI KOMPENZAČNÍ POMŮCKY?

Ano. Jaké? \_

Ne

Jsou mu v době podání žádosti poskytovány JINÉ SLUŽBY?

Domácí zdravotní ošetrovatelská péče / homecare

Terénní odlehčovací služba / pečovatelé

Jiné \_

Nevím

Podána žádost do LŮŽKOVÉHO HOSPICE? ano ne

NYNÍ JE pacient?

Doma

V zařízení sociálních služeb

Hospitalizován. Kde? Plánovaný termín propuštění? \_

*Pokud propouštíte pacienta domů bez návaznosti péče DH, přiložte prosím žádosti propouštěcí zprávu.*

Potvrzuji, že jsem informoval pacienta i pečující a tito s poskytováním mobilní specializované paliativní péče / domácí hospicové péče souhlasí.

Potvrzuji, že pacient i pečující poskytují své osobní a kontaktní údaje a udělují souhlas s jejich shromážděním a zpracováním ve smyslu nařízení EU č. 2016/679 GDPR.

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ

Telefon

IČP

Odbornost

*V případě dalších informací, prosím kontaktujte informační telefon domácího hospice 773 559 957 v pracovních dnech mezi 8:00 - 16:00.*

*Děkujeme za projevenou důvěru a spolupráci.*

*Hospic sv. Alžběty, Kamenná 207/36 639 00 Brno, IČO 266 04 582  
www.hospicbrno.cz*