

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO ZDRAVOTNÍ PÉČE



OBLASTNÍ CHARITA  
ZNOJMO

## DOMÁCÍHO HOSPICE ZNOJMO

Domácí hospic - domácí multidisciplinární specializovaná paliativní péče  
- ošetrovatelská péče zdravotních sester  
- pohotovostní služba zdr. sester a lékaře 24 hodin 7 dní v týdnu  
- léčbu ordinuje lékař domácího hospice  
- dále je k dispozici sociální pracovník, psycholog, duchovní, ošetrovatelé  
- pro pacienta s onemocněním v režimu symptomatické paliativní léčby

PACIENT	Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:
	Adresa trvalého bydliště:		Telefon:
	Adresa současného pobytu (není-li shodné s trv. bydl.):		Telefon:

PEČUJÍCÍ OSOBA	<b>Osoba, která zajistí v domácnosti (v místě současného pobytu pacienta) celodenní péči o pacienta, zavazuje se ke spolupráci s Domácím hospicem</b>		
	Jméno a příjmení:		
	Adresa trv. bydliště (pokud je jiná, než adresa pacienta)		
	Kontaktní telefon:	Kontaktní e-mailová adresa:	
	DALŠÍ PEČUJÍCÍ OSOBA <input type="checkbox"/> / BLÍZKÁ OSOBA <input type="checkbox"/>		
	Jméno a příjmení:		
	Adresa trv. bydliště (pokud je jiná, než adresa pacienta)		
Kontaktní telefon:			Kontaktní e-mailová adresa:

LÉKAŘI	<b>PRAKTICKÝ LÉKAŘ (PL):</b>		
	Jméno a příjmení:		
	Adresa ordinace PL:		
	Telefon:	E-mail:	
	<b>LÉKAŘ INDIKUJÍCÍ DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI:</b>		
	Jméno a příjmení/odbornost:		
	Adresa ordinace:		
Telefon:			E-mail:

Pacient v pokročilém stádiu (onkologického) onemocnění s ukončenou kauzální (onkologickou) léčbou doporučen k paliativní péči formou domácí hospicové péče a péče ambulance paliativní medicíny.

### Souhrn diagnóz:

### Nynější medikace:

### Mobilita a soběstačnost pacienta:

- pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci
- pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy
- pacient je schopen sebeobsluhy, včetně samostatné chůze
- současné obtíže:
- zažívací obtíže       bolest       dušnost       deprese       další

Pacient informován o povaze a prognóze svého onemocnění:

- plně       částečně, prosím upřesněte

Prosím přiložte aktuální zprávu o zdravotním stavu pacienta

Indikuji sesterskou domácí zdravotní péči (poukaz bude dodán koordinátorkou DH po schválení žádosti)

\_\_\_\_\_  
Datum, podpis indikujícího lékaře

### Podmínky přijetí pacienta do péče Domácího hospice Znojmo :

- "Žádost o přijetí do péče", písemný informovaný souhlas pacienta
- Doporučení ošetřujícího lékaře k přijetí do domácí hospicové péče
- Pokročilé stádium nevléčitelného onemocnění, ukončená kauzální (onkologická) léčba
- **Zajištěna nepřetržitá celodenní péče v domácnosti "pečující osobou"**
- Příspěvek 100,-Kč/den na Domácí hospicovou péči (tato péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Částka tvoří přibližně 1/7 celkových nákladů na zajištění této péče)
- O přijetí pacienta do péče rozhoduje lékař DH na základě doporučení ošetřujícího lékaře

### Vyjádření lékaře Domácího hospice Znojmo / lékaře paliativní medicíny:

Schválení "Žádosti o přijetí":      ano       ne  (zdůvodnění)

Datum:

Podpis: