

ŽÁDOST

O PŘIJETÍ PACIENTA DO MOBILNÍHO HOSPICE

PÉČE DOMA - MOBILNÍ HOSPIC Z.Ú.

Příjmení		Jméno, titul	
Rodné číslo	Rodné příjmení		Stav
Povolání (i dřívější)			Zdravotní pojišťovna
Adresa trvalého bydliště PSC			
Telefon			
Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm) PSC			
Telefon			
NEJBLIŽŠÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná nebo jiná, kterou si určil pacient)			
Jméno a příjmení			Vztah
Adresa PSC			
Tel.		E-mail	
2. KONTAKTNÍ OSOBA	Tel.	E-mail	
KDO PŘEVEZME PÉČI O PACIENTA PO EVENT. PROPUŠTĚNÍ (není-li shodná s nejbližší osobou)			
Jméno a příjmení			Vztah
Adresa PSC			
Tel.		E-mail	
	ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ		PRAKTICKÝ LÉKAŘ
	Jméno		Jméno
	Adresa		Adresa
Základní diagnóza, další relevantní zdravotní informace. Možné přiložit zprávu či výpis z dokumentace.			

Známé alergie:

Kuřák ANO - NE

Dieta:

Současná medikace včetně dávkování
(pokud není uvedena v propouštěcí zprávě)

Hlavní současné klinické problémy - označte

Bolest Dušnost Nechutenství Nausea, zvracení
Dekubity Jiné:

Hlavní příčina současného zdravotního stavu

Pokročilé onkologické onemocnění
Pokročilé neurologické onemocnění
Pokročilé interní onemocnění
Jiné onemocnění v terminálním stadiu

Bylo u pacienta rozhodnuto specialistou, že další terapie není možná a je tedy indikována symptomatická péče ?

ANO (dále pouze symptomatický postup) NE

Pobírá pacient některé z dávek?

Příspěvek na péči
Starobní důchod
Invalidní důchod
Pracovní neschopnost
Hmotná nouze
Jiné:.....

V dne

.....
razítko a podpis lékaře