

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO ZDRAVOTNÍ PÉČE DOMÁCÍHO HOSPICE



**OBLASTNÍ CHARITA
ZNOJMO**

Domáci hospic - domácí multidisciplinární specializovaná paliativní péče
 - ošetrovatelská péče zdravotních sester
 - pohotovostní služba zdr. sester a lékařů 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	Osoba, která zajistí v domácnosti (v místě současného pobytu pacienta) celodenní péči o pacienta, zavazuje se ke spolupráci s Domácím hospicem		
	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	PRAKTICKÝ LÉKAŘ (PL):		
	Jméno a příjmení:		
	Adresa ordinace PL:		
	Telefon:	E-mail:	
	LÉKAŘ INDIKUJÍCÍ DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI:		
	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 Domácí hospicové péče KONIPASKA:

- "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 200,-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 Domácí hospicové péče KONIPASKA / Ambulance paliativní medicíny:

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

Datum:

Podpis: