**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE**

***Tuto část vyplňuje pacient nebo blízcí o pacientovi:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** (titul):  Rodné příjmení: | |
| Rodné číslo: | Zdravotní pojišťovna: |
| Rodinný stav: | |
| Telefon: |  |
| Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ): | |
| Adresa bydliště v době poskytování hospicové péče: | |
| Osoba pečující celodenně o pacienta (vztah k pacientovi, adresa, telefon, e-mail): | |

|  |
| --- |
| Je pacientovi přiznán Příspěvek na péči?  ANO  NE   zažádáno  Stupeň uznaného příspěvku na péči:  I. st.  II. st.  III. st.  IV. st. |
| **Praktický lékař**, adresa, telefon: |
| **Lékař, který doporučil hospicovou péči**, adresa, telefon: |

V ……………………………………….…. dne ………………………

……………………………. …………………………….   
 podpis pacienta podpis pečující osoby

***Tuto část vyplní vedoucí hospice nebo jeho zástupce:***

K žádosti je přiložen podepsaný informovaný souhlas:  ANO  NE

Žádost pacienta o přijetí do hospicové péče byla  SCHVÁLENA  ZAMÍTNUTA

zdůvodnění: ..………………………………………………………………………………..

V Strakonicích ……...…….……………….. ……………………………..

podpis vedoucí hospic

***Tuto část vyplňuje lékař, který doporučuje hospicovou péči:***

**Osobní anamnéza včetně medikamentózní terapie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soběstačnost pacienta:** | | | |
| pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci | | | |
| pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy | | | |
| pacient je chodící, schopen sebeobsluhy | | | |
| **Hlavní současné klinické problémy** | | | |
| bolest | dušnost | nechutenství | nausea, zvracení |
| dekubity | jiné: | | |

|  |
| --- |
| **Hlavní příčina současného zdravotního stavu** |
| pokročilé onkologické onemocnění |
| interní polymorbidita (např. st. p. CMP, demence, ICHS, srdeční selhávání,  degenerativní kloubní onemocnění) u pacienta s onkologickým onemocněním |
| interní polymorbidita (viz výše) u pacienta bez onkologického onemocnění |
| jiné (uveďte jako první diagnózu) |

**U pacientů s onkologickou diagnózou:** Rozhodl onkolog, že protinádorová léčba   
(operace, chemoterapie, ozařování) již není indikovaná?

ANO (dále pouze symptomatický postup)  NE .…………………………

**Diagnostický souhrn** (k žádosti přiložte lékařskou nebo propouštěcí zprávu)**:**

**Které současné onemocnění je pro pacienta limitující:**

**Nachází se pacient v preterminální či terminální fázi uvedeného onemocnění?**

ANO  NE

**Byl pacient o svém onemocnění informován** (případně jak)**?**

ANO  NE

**Je si pacient vědom terminální povahy svého onemocnění** (je schopen takového posouzení)**?**

ANO  NE

V **………………….…..……….** dne **………………… ……………………………..**

razítko a podpis lékaře