

# 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 Strakonících .....

.....  
podpis hospicového lékaře



**Domáci hospic sv. Markéty**

Radomyšlská 336  
386 01 Strakonice  
I Č: 70853517

tel.: 731 680 439  
info@hospicmarketa.cz  
www.hospicmarketa.cz

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE



*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 (uved'te 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



## Domáci hospic sv. Markéty

Radomyšlská 336  
386 01 Strakonice  
I Č: 70853517

tel.: 731 680 439  
info@hospicmarketa.cz  
www.hospicmarketa.cz