



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LŮŽKOVÉHO HOSPICE SV. ZDISLAVY

Povinnou součástí žádosti je zdravotní dokumentace.

Pacient/ka	Jméno	Příjmení	Titul
	Rodné číslo	Rodné příjmení	Zdravotní pojišťovna
	Datum narození	Rodinný stav	Povolání
	Adresa trvalého bydliště		Telefon
Lékař	Praktický lékař	Odesílající / odborný lékař	
	Název, adresa pracoviště	Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)	
	Telefon:	Telefon:	
	E-mail:	E-mail:	
Sociální situace	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Pacient má přiznaný příspěvek na péči <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Přiznaný stupeň závislosti (I-IV. stupeň)
	Výše příspěvku (Kč):		Úřad, který příspěvek přiznal:
	Nepobírá-li pacient příspěvek, je o něj zažádáno <input type="checkbox"/> Ano, uveďte kdy, kde <input type="checkbox"/> Ne		
	Ručitel (osoba odpovědná za vyrovnaní závazků) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
Datum narození		E-mail:	
Adresa		Telefon:	

Současný stav pacienta	Mobilita					
	<input type="checkbox"/> Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy					
	<input type="checkbox"/> Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy					
	<input type="checkbox"/> Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých					
	Porucha vědomí <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
	Dekubity <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
	Invazivní vstupy (ponechte in situ) <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PVK <input type="checkbox"/> NGS/NJS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> TSK <input type="checkbox"/> Ne					
	Stomie <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
	Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká
		Bolest				
Dušnost						
Nauzea/zvracení						
Nechutenství						
Únava/slabost						
Deprese/úzkost						
Ospalost						
Další problémy:						
Datum, jméno, podpis osoby, která žádost vyplnila, vztah k pacientovi						

Žádost včetně zdravotní dokumentace pošlete na adresu:

Hospic sv. Zdislavy
Pod Perštýnem 321/1
460 00 Liberec.

Děkujeme.