



ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Titul, jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Trvalé bydliště:

Adresa pobytu v době poskytování péče:

Pojišťovna:	Číslo pojištění (RČ):		
Nynější pobyt:			
<input type="checkbox"/> domov	Praktický lékař (jméno, adresa, telefon):		
<input type="checkbox"/> nemocnice	Oddělení:		
Diagnóza:			
Léky:			
Lékař indikující hospicovou péči: (doložte lékařskou zprávu)			
Aktuální stav:			
<input type="checkbox"/> bolest	<input type="checkbox"/> problémy s výživou	<input type="checkbox"/> nevolnost a zvracení	<input type="checkbox"/> dušnost
<input type="checkbox"/> proleženiny, rány	<input type="checkbox"/> jen ležící	další:	
Informován o nemoci:			
O diagnóze: <input type="checkbox"/> plně	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> vůbec ne	<input type="checkbox"/> nelze posoudit
O prognóze: <input type="checkbox"/> plně	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> vůbec ne	<input type="checkbox"/> nelze posoudit
Poznámka:			

Způsobilost pacienta k právním úkonům: ano ne
(pokud ne, doložte potřebné dokumenty)

Jméno a příjmení osoby, která celodenně pečuje o žadatele:

Vztah k pacientovi:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Datum:.....

Podpis žadatele:.....

Podpis pečující osoby:.....