



**NEMOCNICE
HAVLÍČKŮV
BROD**

Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod

tel.: 569 472 111, e-mail: nemocnice@onhb.cz

web: www.nemhb.cz

datová schránka: **aewk6jc**

Žádost o přijetí do domácí hospicové péče

(tuto část vyplňuje pacient nebo jeho blízcí):

Jméno a příjmení (titul):

Rodné příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ):

Adresa bydliště v době poskytování domácí hospicové péče:

Telefonní kontakt:

Rodinný stav:

Osoba pečující celodenně o pacienta (vztah k pacientovi, datum narození, 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:

V _____

dne _____

_____ podpis pacienta

_____ podpis pečující osoby

K žádosti je přiložen podepsaný informovaný souhlas (**vyplní pracovníci hospicové péče**): ANO NE

Žádost pacienta o přijetí do hospicové péče byla: SCHVÁLENA ZAMÍTNUTA
zdůvodnění:

V _____ dne _____

_____ razítko a podpis hospicového lékaře

(tuto část vyplňuje lékař, který **doporučuje hospicovou péči**)



**NEMOCNICE
HAVLÍČKŮV
BROD**

Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod

tel.: 569 472 111, e-mail: nemocnice@onhb.cz

web: www.nemhb.cz

datová schránka: **aewk6jc**

Lékař, adresa, telefon

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

ANO (dále pouze symptomatický postup) NE

Diagnostický souhrn (k žádosti přiložte lékařskou nebo propouštěcí zprávu, včetně medikamentózní terapie).

Nachází se pacient v preterminální či terminální fázi uvedeného onemocnění? ANO NE

Byl pacient o svém onemocnění informován? ANO NE

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

V _____

dne _____

razítko a podpis lékaře