

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO LŮŽKOVÉ HOSPICOVÉ PÉČE

Identifikační údaje pacienta	
jméno a příjmení, titul	
datum narození	
rodné číslo	
stav	
adresa trvalého bydliště	
adresa nynějšího pobytu	
telefon	
zdravotní pojišťovna	
státní příslušnost	

Kontaktní osoba/osoby pacienta (osoba blízká nebo osoba, kterou si pacient určil)	
<i>výchozí kontakt. osoba¹</i>	
jméno a příjmení, titul	
vztah k pacientovi	
adresa	
telefon	
e-mail	

<i>další kontakt. osoba</i>	
jméno a příjmení, titul	
vztah k pacientovi	
adresa	

¹ v případě potřeby bude personálem hospice kontaktována výchozí kontaktní osoba

telefon	
e-mail	

Zdravotní stav pacienta
diagnózy (uvedte priority dle závažnosti příznaků), přiložte propouštěcí či překladovou zprávu
dosavadní a současná terapie (vypište ji včetně dávkování, není-li uvedena v přiložené zprávě)

odesílající odborný lékař	praktický lékař
název a adresa zdrav. zařízení (příp. oddělení nemocnice)	název a adresa zdrav. zařízení
telefon	telefon
e-mail	e-mail

Níže uvedenou tabulku vyplňte, pokud požadované informace nejsou součástí propouštěcí či překladové zprávy

Co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze?
☐ seznámen ☐ neseznámen ☐ částečně seznámen
chce pacient mluvit o své situaci ☐ ano ☐ ne
známé alergie
dieta
• chodící, schopen sebeobsluhy • převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy ○ potřeba dopomoci při ☐ jídle ☐ hygieně ☐ oblékání ☐ jiné • ležící závislý na pomoci druhých

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">pacient pobírá příspěvek na péči | ☐ ano stupeň: ☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV.
☐ ne
☐ bylo zažádáno dne: |
|--|--|

Prohlášení a souhlas

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a souhlasím se zpracováním osobních a zdravotních údajů pro účely posouzení žádosti o přijetí do hospicové péče v souladu s platnými právními předpisy.

Datum:

Jméno, příjmení a podpis pacienta:

(případně jméno, příjmení a podpis osoby, která žádost vyplnila)

Vztah k pacientovi *(pokud žádost nevyplňuje sám pacient)*:

Telefon:

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM LŮŽKOVÉ HOSPICOVÉ PÉČE

Já, níže podepsaný/á (*jméno a příjmení*)..... rodné číslo.....

tímto potvrzuji, že jsem se svobodně rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči poté, co jsem byl/a lékařem poučen/a o mém zdravotním stavu a jeho prognóze.

Byl/a jsem seznámen/a s principy paliativní péče, která poskytuje:

- zajištění maximální kvality života pacienta, nikoliv jeho umělé prodlužování zákroky a postupy, které ke zlepšení kvality života nevedou,
- léčbu všech příznaků onemocnění dostupnými prostředky současné medicíny,
- zachování lidské důstojnosti s respektem k hodnotě člověka,
- péči multidisciplinárního týmu poskytovanou lékaři, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychologem, v případě zájmu duchovním.

V případě zlepšení a stabilizace zdravotního stavu mohu být propuštěn/a do domácího ošetřování.

Beru na vědomí, že poskytovatel péče bude využívat mé osobní údaje pro účely poskytování zdravotních a sociálních služeb, pro plnění povinností vyžadovaných platnými právními předpisy a další případy, kdy tak stanoví Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v Hospici pro Hradecko mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu.

Ve Stěžerách, dne

a) Podpis pacienta/ky

b) Jiný způsob, kterým pacient/ka projevil/a svou vůli, pokud není schopen/schopna podpisu (*např. ústně, pohybem hlavy, pohybem očí, stiskem ruky apod.*):

Svědci:

Jméno a příjmení, podpis Jméno a příjmení, podpis

c) Není-li pacient/ka schopen/a projeviti informovaný souhlas s ohledem na svůj zdravotní stav, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění. Není-li taková osoba

nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Jméno, příjmení a podpis

Vztah k pacientovi