



ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

JMÉNO, PŘÍJEMNÍ, TITUL:

Datum narození:

Rodinný stav:

Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Adresa pobytu v době poskytované péče:
(pokud je odlišná od trvalého bydliště)

POJIŠŤOVNA:

Nynější pobyt:

domov

nemocnice/oddělení:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Jméno:

adresa ordinace:

telefon:

DIAGNÓZA:

Užívané léky:

Lékař indikující hospicovou péči:
(doložte lékařskou zprávu)

Aktuální stav:

bolest

problémy s výživou

nevolnost/zvracení

dušnost

proleženiny/rány

pouze ležící

další:

INFORMOVANOST KLIENTA:

O diagnóze:

plně

částečně

vůbec ne

nelze posoudit

O prognóze:

plně

částečně

vůbec ne

nelze posoudit

Poznámka:

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

ano

ne

JMÉNO A PŘÍJMENÍ OSOBY,
která celodenně pečuje o žadatele:

Vztah k pacientovi:

Adresa:

Telefon:

Email:

Datum:

Podpis žadatele:

.....

Podpis pečující osoby:

.....