

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:

Datum narození:

Adresa:

Telefon:

Email:

Souhlasím a podpisem na této žádosti udělují poskytovateli (Nejste sami – mobilní hospic, z.ú. IČO 04871243) souhlas se zpracováním, shromažďováním a uchováváním osobních, zvláštních údajů, a to pověřeným pracovníkům za účelem jednání se zájemcem o poskytování domácí mobilní hospicové péče. Údaje, které budeme zpracovávat, zahrnují jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození, kontaktní údaje, rodinný stav, trvalé bydliště, praktického lékaře, pojišťovna, diagnóza. Souhlas je udělen do doby, než dojde k uzavření smlouvy o poskytování péče. V případě, že nebude možné žádosti vyhovět, nebo nedojde k uzavření smlouvy o poskytování z jiných důvodů, je udělen souhlas na dobu, po kterou bude žádost archivována po dobu 5 let. Poté dojde ke skartaci žádosti v souladu s vnitřními předpisy organizace v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č.101/2000 Sb. a s nařízením evropského parlamentu a rady (EU)č.2016/679 ze dne 27. 4. 2016.

Datum:

Podpis žadatele:

.....

Podpis pečující osoby:

.....