

TŘI

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE



Pacient/ka	Jméno	Příjmení	Titul
	Rodné číslo	Číslo OP	Zdravotní pojišťovna
	Datum narození	Rodné příjmení	Rodinný stav
		Vzdělání	Povolání (původní)
	Adresa trvalého bydliště		Telefon
	Adresa současného pobytu		E-mail
Ošetřující lékař	Praktický lékař		Odborný lékař
	Název, adresa pracoviště		Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)
	Telefon:		Telefon:
	E-mail:		E-mail:
Sociální situace	Zodpovědná osoba za péči (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul:		Vztah k pacientovi:
	Adresa:		Telefon:
			E-mail:
	Jméno, příjmení, titul:		Vztah k pacientovi:
	Adresa:		Telefon:
			E-mail:
Pacient má přiznaný příspěvek na péči <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Přiznaný stupeň závislosti (I-IV. stupeň) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Informovanost hospitalizační historie	Pacient je informován o svém zdravotním stavu?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Zodpovědná osoba je informována o zdravotním stavu pacienta?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Pacient má stanovený další plán péče?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Pacient má stanovený termín kontroly u odborného lékaře?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Pacient byl v posledních 3 měsících hospitalizovaný?		<input type="checkbox"/> Ano, 1x - 2-3x - >3x <input type="checkbox"/> Ne
	V posledním měsíci: Byl pacient sledovaný v ambulanci odborného lékaře? Byla aplikovaná chemoterapie? Byla aplikovaná radioterapie? Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, 1x - 2-3x - >3x <input type="checkbox"/> Ne

