**OBLASTNÍ CHARITA HAVLÍČKŮV BROD**

**B. NĚMCOVÉ 188, 580 01 HAVLÍČKŮV BROD**

**tel./fax: 569 426 070, e-mail: sekretariat@charitahb.cz, www.hb.charita.cz**

**IČO: 150 60 233; č.ú: 2106566677/2700**

organizace byla registrována Ministerstvem kultury ČR dne 30. 10. 1996, číslo evidence 8/1-04-703/1996

**ŽÁDOST PRO PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ PALIATIVNÍ/ HOSPICOVÉ PÉČE**

-vyplní rodina-

**Jméno, příjmení, titul pacienta:**

rodné číslo: stav: pojišťovna:

adresa trvalého bydliště:

adresa nynějšího pobytu pacienta:

telefon:

**Osoba, která o pacienta pečuje:**

Jméno, příjmení: vztah:

adresa:

telefon: email:

**Další pečující osoba:**

jméno a příjmení: vztah:

adresa:

telefon: email:

**-** vyplní lékař-

diagnózy ­ uveďte priority dle závažnosti příznaků, přiložte **propouštěcí či překladovou zprávu**

dosavadní a současná terapie ­ vypište ji včetně dávkování, není­li uvedena v přiložené zprávě

odesílající lékař:

adresa:

telefon:

-vyplní pacient, rodina, odes. lékař-

**Co očekává od domácí pal./hosp. péče pacient rodina odes. lékař**

Léčbu bolesti ANO NE ANO NE ANO NE

Léčbu dalších příznaků nemoci ………… ANO NE ANO NE ANO NE

Podporu a pomoc psychologa ANO NE ANO NE ANO NE

Podporu a pomoc sociální pracovnice ANO NE ANO NE ANO NE

Zajištění duchovní péče ANO NE ANO NE ANO NE

Další očekávání, jaká:

-následující tabulku vyplňte, pokud požadované informace nejsou součástí prop. zprávy-

**Co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze?**

seznámen neseznámen částečně seznámen (upřesněte)

chce pacient mluvit o své situaci? ANO NE

známé alergie:

**POSTUP PŘI PŘIJETÍ PACIENTA DO DOMÁCÍ PALIATIVNÍ / HOSPICOVÉ PÉČE**

• žádost vyplní ošetřující lékař (praktický lékař či odborný lékař v nemocnici)

společně s pacientem a rodinou

• lékař poučí pacienta o tom, co je to domácí paliativní/hospicová péče (v rozsahu dokumentu letáku CHOS a DHP Oblastní charity HB) a **o jeho zdrav. stavu**

• k žádosti přiloží překladovou nebo propouštěcí zprávu a podepsaný Informovaný souhlas

pacienta

• tiskopisy INFORMOVANÝ SOUHLAS či ŽÁDOST je možné získat na Oblastní charitě HB,

u Vašich ošetřujících lékařů, v Nemocnici Havl. Brod, na internetových stránkách www.hb.charita.cz

• vyplněné je doručíte poštou:

Oblastní charita Havlíčkův Brod, CHOS a DHP, Bělohradská 1128, 58001 Havlíčkův Brod

e­mailem: osepece@charitahb.cz, hospicovapece@charitahb.cz

osobně, tel. na staniční sestru DHP: 569 426 070, 731 646 900, tel. na soc. pr. 703877454

• po přijetí žádosti se s pacientem nebo jeho rodinou telefonicky spojí staniční sestra nebo soc. pracovnice domácí hospicové péče a domluví první osobní kontakt

• o přijetí / nepřijetí pacienta do péče domácí paliativní / hospicové péče rozhoduje staniční sestra a lékař ambulance spec. medicíny

• s informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně

osobních dat

Domácí paliativní / hospicová péče poskytuje poradenství a půjčuje zdravotnické pomůcky.

Datum a místo: Razítko a podpis lékaře:

 **OBLASTNÍ CHARITA HAVLÍČKŮV BROD**

 **B. NĚMCOVÉ 188, 580 01 HAVLÍČKŮV BROD**

 **tel./fax: 569 426 070, e-mail: sekretariat@charitahb.cz, www.hb.charita.cz**

 **IČO: 150 60 233; č.ú: 2106566677/2700**

organizace byla registrována Ministerstvem kultury ČR dne 30. 10. 1996, číslo evidence 8/1-04-703/1996

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS**

příloha k žádosti o přijetí do domácí paliativní / hospicové péče Oblastní charity Havlíčkův Brod

Jméno a příjmení pacienta: ................................................................ RČ: ..........................................

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro domácí paliativní / hospicovou péči svobodně,

po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že péče poskytovaná týmem

mobilního hospicového týmu bude hlavně zaměřená na zmírnění příznaků mé nemoci za účelem dosažení nejlepší možné kvality života. Souhlasím, že cílem péče není umělé prodlužování života.

V případě zhoršení mého zdravotního stavu, který by mi neumožnil rozhodování o další péči, si

přeji, aby tuto odpovědnost

na sebe vzal/a ……………………………………………………………,

který je obeznámen s tímto informovaným souhlasem.

Dále souhlasím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup pracovníci mobilního hospicového týmu.

Datum a místo: .............................................................

 Podpis pacienta: ..........................................................