

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, není-li uvedena v přiložené zprávě
odesílající lékař:
adresa:
telefon:

-vyplní pacient, rodina, odes. lékař-

Co očekává od domácí pal./hosp. péče odes. lékař	pacient		rodina	
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 (upřesněte)	neseznámen	částečně seznámen
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, Bělohorská 1128, 58001 Havlíčkův Brod, e-mailem: hospicovapece@charitahb.cz, osobně, tel. na vrchní sestru DHP: 731 883 010, tel. na soc. pr. 603 416 546
- 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. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat

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

Datum a místo:

Razítko a podpis lékaře:

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: