



## Žádost o přijetí do lůžkového hospice

<b>Pacient/ka</b>	Jméno	Příjmení	Titul	
	Rodné číslo	Rodné příjmení	Zdravotní pojišťovna	
	Stav	Pacient žije sám	Povolání	
	Adresa trvalého bydliště		Telefon	
	Adresa současného pobytu		Telefon	
<b>Lékař</b>	Praktický lékař	Odesílající / odborný lékař		
	Název, adresa pracoviště	Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)		
	Telefon	Telefon		
	E-mail	E-mail		
<b>Sociální situace</b>	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah	
			E-mail	
	Adresa		Telefon	
			Heslo <small>(pro podávání inf.o.zdr. stavu)</small>	
	Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul		Vztah	
			E-mail	
	Adresa		Telefon	
			Heslo <small>(pro podávání inf.o.zdr. stavu)</small>	
	Pacient má příspěvek na péči		Přiznaný stupeň závislosti (I–IV. Stupeň)	
	Nepobírá-li pacient příspěvek, je o něj zažádáno Ano, uveďte kdy, kde			Ne
Ručitel (Osoba zvolená pacientem) * Jméno, příjmení, titul		Podpis ručitele	Vztah k pacientovi	
Adresa		E-mail		
		Telefon		
Pacient byl seznámen se svým onemocněním a prognózou (Ano, Ne, Nevím)				
Pacient je informován o indikaci paliativní péče (Ano, Ne, Nevím)				
Osoba blízká byla informována o pacientově diagnóze (Ano, jméno, vztah k pacientovi)			Ne	

## Vyplňuje lékař

Nynější onemocnění, diagnózy	Pacient se nachází v terminální fázi (Ano, Ne)					
	Dieta					
	Nynější onemocnění (diagnóza), další vedlejší diagnózy					
	Datum (měsíc a rok) indikace k paliativní péči (přiložte zdravotní dokumentaci s rozhodnutím, u onkologického onemocnění s rozhodnutím o ukončení protinádorové léčby)					
	Medikace					
	Plánované kontroly Ano, uveďte				Ne	
Infekční onemocnění (nejsou důvodem zamítnutí žádosti) Hepatitida, uveďte typ: HIV, MRSA				Ne		
Žadatel	blízká osoba   praktický lékař   odborný lékař   domácí hospic   zdravotnické zařízení   sociální zařízení					
Pacient je v současné době	doma (datum poslední hospitalizace) ve zdravotnickém lůžku (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail)  jinde (adresa, telefon, e-mail)					
Současný stav pacienta	Mobilita Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých					
	Porucha vědomí: somnolence   sopor   koma				Ne	
	Dekubity Ano				Ne	
	Inazivní vstupy (ponechte in situ) CVK   PICC   PVK   NGS/NJS   PEG   PMK   TSK				Ne	
	Stomie Ano, druh				Ne	
	Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká
		Bolest				
		Dušnost				
		Nauzea/zvracení				
		Nechutenství				
Únava/slabost						
Deprese/úzkost						
Ospalost						
Další problémy:						
Nelze-li získat svobodný informovaný souhlas, uveďte důvod						
Kuřák (Ano, Ne)						
Datum, jméno, podpis lékaře, který žádost vyplnil						

# Svobodný informovaný souhlas pacienta/pacientky s přijetím do péče Hospice v Mostě, o. p. s.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení lékařem o mém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem seznámen/a s povahou a účelem hospicové paliativní léčby, jejími možnostmi a alternativách, jakož i s důsledky a riziky svého rozhodnutí, že mi nadále bude poskytována hospicová paliativní péče.

Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti. Jsem si vědom/a, že budou používány léčebné postupy, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí. Beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit neblahý průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života (např. zaměřené na obnovu nebo léčbu selhávajících orgánů).

Mé dříve vyslovené přání dle § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je, aby se péče řídila výše uvedenými cíli léčby i v případě zhoršení mého zdravotního stavu, které mi znemožní podílet se na rozhodování o další péči. Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení ze strany lékaře dle bodu 5 resp. 6 přílohy 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Hospice v Mostě. Byl/a jsem seznámen/a s "Informacemi před přijetím". Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku

**\* Osoba, kterou si pacient (klient) na základě svobodného rozhodnutí ustanovil k vyřizování finančních transakcí, konkrétně:**

- 1) Je povinen uhradit případně vzniklý nedoplatek za soc. služ. nehrazené zdrav. pojišťovnou
- 2) Je oprávněn s platným vlastním OP převzít zbývající (event. i celý starobní či invalidní) důchod a z něj zajistit potřeby pacienty (nájem, drobné nákupy, splátky půjček apod.)
- 3) Po ukončení pobytu převzít na základě vlatního platného OP eventuelně vzniklý přeplatek za sociální služby nehrazené zdrav. pojišťovnou.

Jméno a příjmení pacienta/ky:

Rodné číslo pacienta/ky:

V ..... dne .....

Podpis pacienta/ky .....

**Žádost zašlete do Hospice v Mostě, o.p.s.**

- poštou na adresu: Hospic v Mostě, o.p.s., Svážná 1528, Most 434 01

- e-mailem: socialni.hospic@mostmail.cz

V případě dotazů neváhejte kontaktovat sociální pracovníci osobně nebo telefonicky:

476 000 167, 608 009 149 (oba telefony pouze v pracovní době. Mimo pracovní dobu sociální pracovnice se, prosím, obraťte na číslo recepce - 476 000 166)

**K přijetí doložit kopii žádosti o umístění do zařízení sociálních služeb.**

Žádáme o co nejpřesnější vyplnění žádosti. Umožníte tak vyhovět individuálním požadavkům pacienta a urychlíte přijetí do našeho zařízení. Transport pacienta plánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 10.30 naplánovaného dne přijetí.

**Upozornění: Za cennosti neručíme! Možno uložit na pokoji do malého trezoru, případně u asistentky ředitele.**

---

**Vyjádření Hospice v Mostě, o. s. p. k žádosti o přijetí**

**Datum, razítko a podpis lékaře**



## Jak vyplnit žádost o přijetí k hospicové péči.

- **1. stránka:** prosím vyplňte
- **2. stránka:** vyplní ošetřující lékař (pokud je pacient doma, jedná se o praktického lékaře, pokud je pacient v nemocnici, jedná se o ošetřujícího lékaře na příslušném oddělení nemocnice)
- **3. stránka:** krátký popis shrnující hospicovou péči a souhlas pacienta s přeložením do hospice – souhlas stvrzuje pacient svým podpisem. Pokud se nemůže podepsat, prosím vepište tuto skutečnost k místu na podpis.
- k žádosti prosím přiložte lékařskou zprávu konstatující ukončenou léčbu zákl. onemoc.

**Vyplněnou žádost prosím přineste nebo zašlete poštou nebo e-mailem sociální pracovníci.**

Žádost, kterou obdržíme, schvaluje lékař hospice, a to v co nejkratším termínu po obdržení žádosti. Poté se Vám ozve sociální pracovníce hospice na kontakt, který necháte v žádosti.

Pokud lékař hospice schválí Vaši žádost o přijetí, sociální pracovníce se s Vámi domluví na termínu přijetí. Poprosíme Vás, abyste ještě před datem přijetí navštívili hospic a domluvili se zde s námi na ošetrovatelské péči (vrchní/staniční sestra) a na způsobu placení a potřebných dokumentech (asistentka ředitele v těchto časech 9:00 – 10:30 a 13:00 – 15:30).

## Jaké dokumenty budeme potřebovat?

- Doklad o výši příjmu (důchod, nemocenská apod.)  
– útržek od poštovní poukázky nebo výpis z účtu nebo výměr důchodu
- Občanský průkaz
- Průkazku zdravotní pojišťovny