



Žádost o přijetí na zdravotní lůžko

Pacient/ka	Jméno	Příjmení	Titul	
	Rodné číslo	Rodné příjmení	Zdravotní pojišťovna	
	Stav	Pacient žije sám	Povolání	
	Adresa trvalého bydliště		Telefon	
	Adresa současného pobytu		Telefon	
Lékař	Praktický lékař	Odesílající / odborný lékař		
	Název, adresa pracoviště	Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)		
	Telefon	Telefon		
	E-mail	E-mail		
Sociální situace	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		
Žádost do zařízení sociálních služeb Název, adresa, tel. číslo zařízení			Datum podání žádost	
Kdo žádost v zařízení vyřizuje – kontakt				

Vyplňuje lékař

Nynější onemocnění, diagnózy	Dieta					
	Nynější onemocnění (diagnóza), další vedlejší diagnózy					
	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					
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					
	Dekubity Ano				Ne	
	Stomie Ano, druh				Ne	
	Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká
		Bolest				
		Dušnost				
		Nauzea/zvracení				
		Nechutenství				
		Únava/slabost				
		Deprese/úzkost				
Ospalost						
Další problémy:						
Kuřák (Ano, Ne)						
Datum, jméno, podpis lékaře, který žádost vyplnil						

Souhlasím s přijetím ke zdravotní péči na sociálním lůžku Hospice v Mostě, o. p. s.

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.

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 pracovníci 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