

ŽÁDOST o přijetí pacienta

Vyplňuje pacient:

Údaje o pacientovi			
Příjmení a jméno pacienta:		Rodné číslo:	Státní příslušnost:
Titul:	Rodné příjmení:	Rodinný stav:	Zdravotní pojišťovna:
Druh a výše příjmů: ☐ starobní důchod ☐ dávky hmotné nouze ☐ jiné:		Telefon:	☐ bydlím sám ☐ bydlím s:
Příspěvek na péči: ☐ ano stupeň ☐ ne Zažádáno dne:			
Adresa trvalého pobytu:		Praktický lékař (jméno, adresa, telefon):	

Nejbližší osoba pacienta (dle určení pacienta)	
Příjmení, jméno, titul:	Datum narození:
Adresa:	Vztah:
	Telefon:
E-mailová adresa:	
Kdo převezme péči o pacienta po eventuálním propuštění?	

Vyplňuje lékař:

Diagnostický souhrn (v případě hospitalizace pacienta přiložte k žádosti předběžnou propouštěcí zprávu, v ostatních případech přiložte poslední lékařskou zprávu):					
Pokročilé onkologické onemocnění:				☐ ano	☐ ne
Interní polymorbidita s onkologickým onemocněním:				☐ ano	☐ ne
Terminální stav bez onkologického onemocnění:				☐ ano	☐ ne
Jiné, doplňte:					
U pacientů s onkologickým onemocněním rozhodl onkolog, že protinádorová terapie již není indikována:				☐ ano	☐ ne
Byla doporučena symptomatická paliativní péče:				☐ ano	☐ ne
Porucha vědomí:				☐ ano	☐ ne
Stomie:				☐ ano	☐ ne
Druh:				☐ ano	☐ ne
Dekubity:				☐ ano	☐ ne
Posouzení závislosti:					
☐ imobilita		☐ sám se nepřesune z lůžka na židli		☐ sám se nenají anebo nenapije	
☐ sám se neoblékne		☐ inkontinence (moče, stolice)		☐ sám nevykonává hygienu	
Hodnocení výkonnostního stavu:					
☐ pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc					
☐ pacient je na lůžku nebo křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče					
☐ pacient je ležící, neschopen péče o sebe, nezbytná aktivní zdravotní péče (ošetřovatelská, lékařská)					
Příjem tekutin za den:		ml	Příjem jídla za den:		% porce (0-100%)
Hodnocení závažnosti příznaků:					
	žádná	nízká	střední	vysoká	užívá léky (pokud ANO, uveďte jaké/NE
Bolest					
Dušnost					
Nauzea/zvracení					
Nechutenství					
Únava/slabost					
Deprese/úzkost					
Ospalost					
Další obtíže/příznaky:					
Pacient je informován o své diagnóze:		ano	☐ pravdivě	☐ částečně	☐ ne
o své prognóze:		ano	☐ pravdivě	☐ částečně	☐ ne
Chce pacient o své nemoci, prognóze, situaci mluvit?				☐ ano	☐ občas ☐ ne

Jak byla informována osoba blízká?
Přikládám „Svobodný informovaný souhlas pacienta“, který je podmínkou přijetí do Hospice Frýdek-Místek, p.o.

V dne

.....
 razítko a podpis lékaře,
 který žádost vyplnil

Posouzení žádosti lékařem Hospice FM:

Výsledek posouzení žádosti:	Datum, jméno a podpis lékaře:
Výsledek posouzení žádosti:	Datum, jméno a podpis lékaře:

Svobodný informovaný souhlas pacienta/ky

Já níže podepsaný/á

jméno a příjmení:

bydliště:

prohlašuji, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s diagnózou.

Byl/a jsem informován/a o tom, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, ale hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Byl/a jsem informován/a o tom, že můj život nebude v hospici uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné. S pobytem a vysvětlenými paliativními (obtěže mírnícími) léčebnými postupy v hospici souhlasím. Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu. Souhlasím s tím, že budu informován/a v případě, že se vyskytnou nové skutečnosti významné pro můj pobyt v hospici.

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 Frýdek-Místek, p.o.

Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku.

V:

Datum:

Lékař:

Podpis:

Pacient:

Podpis:

Poznámka:

V případě, že pacient není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu způsobilý připojit svůj podpis, bude akceptován zástupný podpis osoby blízké pacienta uvedené v žádosti. Lékař připojí poznámku, že pacient není schopen podpisu.