

Vypisuje pacient/pečující

Informace o kontaktní osobě a pobytu pacienta

Jméno a příjmení:

Telefon

Email:

Vztah k pacientovi:

Kdo bude hlavním pečujícím:

Kontakt na hlavního pečujícího:

Adresa kde bude péče probíhat:

Informace o pacientovi

Jméno a příjmení:

Datum narození:

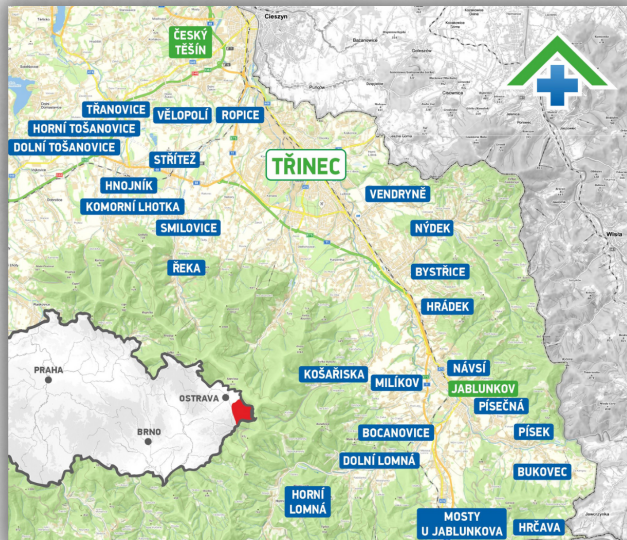
Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Podmínky přijetí

do mobilní specializované paliativní péče

- pokročilé nebo terminální stádium nevyléčitelného onemocnění
- doporučení praktického lékaře (anebo jiného ošetřujícího lékaře) k poskytování mobilní specializované paliativní péče v této žádosti
- zajištění celodenní péče o nemocného v domácím prostředí
- bydliště na území, kde péči zajišťujeme - viz.mapka
- schválení žádosti lékařem hospicové péče



Vypisuje odesílající lékař

Jméno ošetřujícího lékaře (název nemocnice a oddělení):

Kontakt:

Poznámky z propouštěcí zprávy (prosíme přiložit překladovou nebo propouštěcí zprávu):

Jméno praktického lékaře:

Kontakt:

Informace o zdravotním stavu pacienta

Diagnóza:

Je pacient o své nemoci a prognóze informován, popřípadě jak tomu rozumí:

Funkční stav pacienta: (pozn. chodící, chodící s obtížemi na krátkou vzdálenost, ležící; komunikující adekvátně, zmatený, spavý, neprobudný):

Příznaky/symptomová zátěž (akutní potíže, intenzita potíží, vývoj potíží v čase):

Podávané léky (příp.prosíme přiložit rozpis medikace):

Zajištění zdravotnickými a kompenzačními pomůckami (pozn.kyslíkový generátor, odsávačka, lineární dávkovač):

Datum a místo:

Razítko a podpis lékaře: