



ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ DOMÁČÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Titul, jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodinný stav:

Trvalé bydliště:

Pojišťovna:	Číslo pojištění (RČ):
Nynější pobyt:	
☐ domov	Praktický lékař (jméno, adresa, telefon):
☐ nemocnice	Oddělení:
Diagnóza:	
Léky:	
Lékař indikující hospicovou péči: (doložte lékařskou zprávu)	
Aktuální stav:	
☐ bolest ☐ problémy s výživou	☐ nevolnost a zvracení
☐ proleženiny, rány	☐ dušnost
☐ jen ležící	další:
Informován o nemoci:	
O diagnóze: ☐ plně	☐ částečně
☐ vůbec ne	☐ nelze posoudit
O prognóze: ☐ plně	☐ částečně
☐ vůbec ne	☐ nelze posoudit

Adresa pobytu v době poskytování péče:

Způsobilost pacienta k právním úkonům: ☐ ano ☐ ne
(pokud ne, doložte potřebné dokumenty)

Jméno a příjmení osoby, která celodenně pečuje o pacienta:

Vztah k pacientovi:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis pečující osoby: