

## OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEČ

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, IČ: 48623814

středisko Mobilní Hospic Anežky České, www.hospic.cz, tel. 491467035



### Žádost

o přijetí pacienta do Mobilního hospice Anežky České v Červeném Kostelci,  
okr. Náchod

↓ vyplní rodina	<b>Jméno, příjmení, titul pacienta:</b>			
	rodné číslo:	stav:	pojišťovna:	
	adresa trvalého bydliště:			
	adresa nynějšího pobytu pacienta:			
	telefon:			
	<b>Osoba, která o pacienta pečuje:</b>			
	Jméno, příjmení:	vztah:		
	adresa:			
	telefon:			email:
	<b>další pečující osoba:</b>			
jméno a příjmení:			vztah:	
adresa:				
telefon:			email:	
↑ ↓ vyplní lékař	<b>diagnózy</b> - uveďte priority dle závažnosti příznaků, přiložte <b>propouštěcí</b> či <b>překladovou zprávu</b>			
<b>dosavadní a současná terapie</b> - vypište ji včetně dávkování, není-li uvedena v přiložené zprávě				
<b>odesílající lékař:</b>		<b>odesílající lékař:</b>		
tel.:		tel.:		
adresa:		adresa:		

Co očekává od mobilního hospice	pacient	rodina	odes. lékař
<b>Léčbu bolesti a dalších příznaků nemoci</b> upřesněte kterých:	ANO NE	ANO NE	ANO NE
<b>Podporu a pomoc psychologa</b>	ANO NE	ANO NE	ANO NE
<b>Podporu a pomoc sociální pracovnice</b>	ANO NE	ANO NE	ANO NE
<b>Zajištění duchovní péče</b>	ANO NE	ANO NE	ANO NE
<b>Další očekávání</b> Jaká:			

**NÁSLEDUJÍCÍ TABULKU VYPLŇTE, POKUD POŽADOVANÉ INFORMACE NEJSOU SOUČÁSTÍ PROPOUŠTĚCÍ ČI PŘEKLADOVÉ ZPRÁVY**

Co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze?			
<input type="checkbox"/> seznámen	<input type="checkbox"/> neseznámen	<input type="checkbox"/> částečně seznámen (upřesněte)	
chce pacient mluvit o své situaci?	ANO	NE	
známé alergie:			

**POSTUP PRO PŘIJETÍ PACIENTA DO MOBILNÍHO HOSPICE:**

- žádost vyplní ošetřující lékař (praktický lékař či odborný lékař v nemocnici) společně s pacientem a rodinou
- lékař poučí pacienta o tom, co je to mobilní hospic (v rozsahu dokumentu létáku Mobilního Hospice Anežky České) a o jeho zdrav. stavu
- k žádosti přiloží překladovou nebo propouštěcí zprávu a podepsaný **Informovaný souhlas pacienta**
- tiskopisy **INFORMOVANÝ SOUHLAS** či **ŽÁDOST** je možné získat v hospici, u Vašich ošetřujících lékařů nebo na internetových stránkách [www.hospic.cz/mobilni](http://www.hospic.cz/mobilni)
- vyplněné je doručíte osobně, poštou, faxem či e-mailem na:

**Hospic Anežky České**  
**k rukám MUDr. Jana Krále**  
**5. května 1170,**  
**549 41 Červený Kostelec**

**tel./fax: 491 467 054, tel. lékaři: 491 467 035, tel. ústředna: 491 467 030**  
**e-mail: [lekari@hospic.cz](mailto:lekari@hospic.cz), [social.prac@hospic.cz](mailto:social.prac@hospic.cz)**

- po přijetí žádosti se s pacientem nebo jeho rodinou telefonicky spojí lékař nebo vrchní sestra mobilního hospice a domluví první osobní kontakt (v hospici v rámci ambulance paliativní péče nebo přímo v domácnosti pacienta)
  - o přijetí / nepřijetí pacienta do péče mobilního hospice rozhoduje lékař mobilního hospice
  - s informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat
- Hospic poskytuje poradenství a půjčuje zdravotnické pomůcky.

Datum a místo:

Razítko a podpis lékaře:

.....

.....



## Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta.

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče

IČZ: 64 336 000

Název IČZ: Oblastní charita Červený Kostelec - Mobilní hospic Anežky České  
(dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel od .....(uvést den, měsíc, rok) poskytuje pacientovi rodného čísla: ..... specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

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

razítko, podpis

.....  
Za Poskytovatele  
titul, jméno, příjmení  
funkce

.....  
Pacient  
titul, jméno, příjmení

.....  
Osoba, která pečuje o pacienta  
titul, jméno a příjmení

.....  
Osoba, která pečuje o pacienta  
titul, jméno a příjmení