

## Žádost

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

Jméno, příjmení, titul pacienta:

rodné číslo:

stav:

pojišťovna:

1)

adresa trvalého bydliště:

adresa nynějšího pobytu pacienta:

telefon:

Osoba, která o pacienta pečuje - Jméno, příjmení:

vztah:

adresa:

telefon:

email:

odesílající lékař:

praktický lékař:

telefon:

telefon:

adresa:

adresa:

### Dotazník očekávání a aktuálního stavu pacienta

Co očekává od mobilního hospice	pacient		rodina		odesíl. lékař	
Léčbu bolesti a dalších příznaků nemoci	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<i>upřesněte kterých:</i>						
Odbornou sesterskou péči	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Odbornou lékařskou péči	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Podporu a pomoc psychologa	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Podporu a pomoc sociální pracovnice	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Duchovní péče	ano	ne	ano	ne	ano	ne

Prosíme o vyplnění pacientem, či pečujícími.

Vědomí:

Kontakt:

Soběstačnost:

Dušnost:

plné

bez omezení

soběstačný

není

snížené

ztížený

malá dopomoc

malá

bezvědomí

nelze navázat

s velkou dopomocí

střední

zmatenost

odkázán na druhou osobu

velká

Pohyblivost:

Bolesti:

chodící

nejsou

chůze s dopomocí

malé

zvládne jen přesazení

střední

v posledních dnech jen ležící

velké

dlouhodobě ležící

co užíváte, kolik a jak často:

Nevolnosti:	Zvracení	Příjem potravy
nejsou	není	téměř normální
občasné	občasné	sní méně než polovinu dřívějších porcí
trvalé	časté	nejí

**Spánek:**

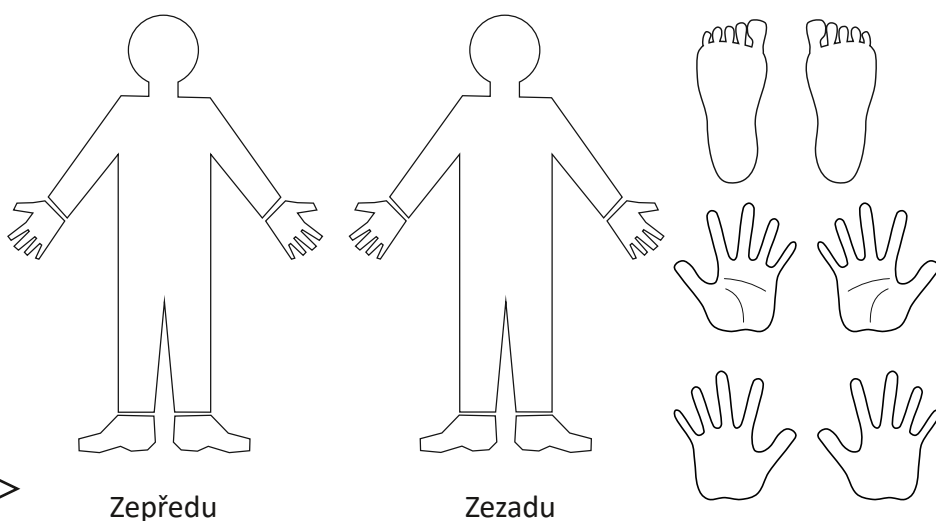
spí bez obtíží  
opakované noční buzení  
pospává i během dne

**Vstupy/výstupy:**

žaludeční sonda k výživě (nosní, přes břišní stěnu, PEG)  
cévní vstup (kanyla, port, centrální žilní katetr)  
vývod z ledviny  
vývod ze střeva  
močová cévka  
jiné:

**Kůže:**

proleženiny  
bércové vředy  
nádorové postižení kůže  
operační rány  
hematomy/modřiny  
drobné oděrky  
suchá kůže  
ekzém  
pásový opar



Prosím zakroužkujte do obrázku →

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

- vyplněné je doručíte osobně, poštou, či e-mailem na:

**Mobilní hospic Anežky České**  
**MUDr. Jan Král**  
**Koubovka 587,**  
**549 41 Červený Kostelec**

**tel. lékaři: 491 610 435,**  
**informační linka: 731 598 823**  
**e-mail: lekari@hospic.cz, kafkova@hospic.cz**

- Oblastní charita Červený Kostelec se jako správce osobních údajů zavazuje, v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů, angl. General Data Protection Regulation) (dále jako: „GDPR“), v souladu s českým adaptačním zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, a dále v souladu s příslušnými vnitrostátními právními předpisy upravujícími problematiku ochrany osobních údajů, že všechny osobní a citlivé údaje (neboli zvláštní kategorie osobních údajů) subjektů údajů budou shromažďovány a zpracovávány dle zásad GDPR

- Hospic poskytuje poradenství a půjčuje zdravotnické pomůcky.

Datum a místo:

Jméno a příjmení žadatele a pečujícího:

Podpis (v případě vyplnění elektronicky bude podepsáno při první návštěvě):

.....



## 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

IČP: 64 336 002

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

Poskytovatel od \_\_\_\_\_ (den, měsíc, rok)  
poskytuje pacientovi \_\_\_\_\_ (jméno, příjmení), \_\_\_\_\_ (rodné číslo)  
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.

Byl/a jsem lékařem informován/a o svém zdravotním stavu a nezvratné prognóze mého onemocnění

a souhlasím s tím, aby péče mi poskytovaná byla zaměřena na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že Mobilní hospic Anežky České poskytuje paliativní péči, jejíž cílem je udržet co největší kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stádiem mé nevléčitelné nemoci. V rámci paliativní péče mi v případě selhání životních funkcí nebude poskytováno ožívování.

Osobou, která bude informována o mém zdravotním stavu, bude moci nahlížet do zdravotnické dokumentace a bude moci vyslovit souhlas či nesouhlas v případě mé poruchy vědomí, určuji:

(jméno, příjmení, datum, narození, kontakt)

Nesouhlasím, aby některá moje osoba blízká \*)

(jméno, příjmení, datum nar.) byla informována o mém zdravotním stavu, mohla nahlížet do zdravotnické dokumentace a získávat z ní kopie.

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu Mobilního hospice Anežky České.

\*) Osobou blízkou se rozumí:

- příbuzný v řadě přímé (syn, dcera, otec, matka),
- sourozenec a manžel nebo partner

Souhlasím      Nesouhlasím      , aby se na poskytování péče podílely také osoby, které provádějí v hospici stáž (odbornou praxi) a byly s nimi sdíleny informace o mém zdravotním stavu.

Tento informovaný souhlas sepisuji poté, co jsem měl/a možnost si vše řádně svobodně zvážit a mohl/a se na vše, pro mě potřebné, lékaře Mobilního hospice Anežky České zeptat.

V \_\_\_\_\_ dne

Podpis pacienta, příp. pacientova zástupce:

Podpis svědka (osoba, která o pacienta pečuje):

Podpis lékaře, který poskytl informace:

V případě, že se pacient není schopen podepsat, ale je schopen vyjádřit svou vůli:

V \_\_\_\_\_ dne

Co pacientovi brání v podpisu:

Jak projevily souhlas:

Podpis zdravotnického pracovníka:

Podpis svědka: