

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE LADARA

PACIENT:

Jméno, příjmení a titul:

Stav:

Datum narození:

Pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště:

Adresa, kde by byla poskytována péče:

Telefon:

.....

MÁ PACIENT ZAJIŠTĚNOU 24 HODINOVOU PŘÍTOMNOST PEČUJÍCÍ OSOBY? (rodinný příslušník, přítel,... mohou se i střídat)

NE – bohužel Vás nemůžeme do domácí hospicové péče přijmout

ANO

.....

NEJBLIŽŠÍ PEČUJÍCÍ OSOBA:

Jméno a příjmení, titul:

Vztah k pacientovi:

Telefon:

Email:

Adresa bydliště:

.....

DALŠÍ PEČUJÍCÍ OSOBA/ Y:

Jméno a příjmení, titul:

Vztah k pacientovi:

Telefon:

Email:

Adresa bydliště:

.....

MÁTE UKONČENOU LÉČBU VAŠEHO ONEMOCNĚNÍ, KVŮLI KTERÉMU ŽÁDÁTE O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE? (nadále pouze symptomatická péče)

NE – můžeme Vám nabídnout péči v Paliativní ambulanci LADARA s.r.o., pro přijetí do domácí hospicové péče je nutno mít aktivní léčbu již ukončenou

ANO - prosíme, přiložte i zprávu apod. se zápisem indikace symptomatické/ paliativní léčby

.....

HLAVNÍ PŘÍČINA SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU

pokročilé onkologické onemocnění

interní onemocnění (vysoký krevní tlak, stav po infarktu myokardu, po cévní mozkové příhodě, diabetes mellitus, demence, srdeční selhávání,...) u pacienta s onkologickým onemocněním

interní onemocnění (vysoký krevní tlak, stav po infarktu myokardu, po cévní mozkové příhodě, diabetes mellitus, demence, srdeční selhávání,...) u pacienta bez onkologického onemocnění

jiné:

.....

HLAVNÍ DIAGNÓZA PRO PŘIJETÍ DO DOMÁCI HOSPICOVÉ PÉČE:

DALŠÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY:

Prosíme, přiložte souhrnnou lékařskou zprávu/y z poslední doby.

.....

LÉKAŘI:

Lékař – specialista:

Jméno:

Kontakt do ambulance/ na nemocniční oddělení:

Ambulance/ nemocnice:

Praktický lékař:

Jméno:

Telefon:

Adresa:

.....

CHCETE NÁM JEŠTĚ NĚCO VZKÁZAT?

.....

V..... **dne**