***Tuto část vyplňuje pacient nebo blízcí o pacientovi:***

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení** (titul): Rodné příjmení: |
| Rodné číslo: | Zdravotní pojišťovna: |
| Telefon: | Rodinný stav: |
| Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ): |
| Adresa bydliště v době poskytování hospicové péče: |
| Osoba pečující celodenně o pacienta (vztah k pacientovi, adresa, telefon, e-mail): |

|  |
| --- |
| Je pacientovi přiznán Příspěvek na péči? [ ]  ANO [ ]  NE [ ]  zažádánoStupeň uznaného příspěvku na péči: [ ]  I. st. [ ]  II. st. [ ]  III. st. [ ]  IV. st.  |
| **Praktický lékař**, adresa, telefon:  |
| **Lékař, který doporučil hospicovou péči**, adresa, telefon: |

V dne

 podpis pacienta podpis pečující osoby

***Tuto část vyplní vedoucí hospice nebo jeho zástupce:***

K žádosti je přiložen podepsaný informovaný souhlas: [ ]  ANO [ ]  NE

Žádost pacienta o přijetí do hospicové péče byla [ ]  SCHVÁLENA [ ]  ZAMÍTNUTA

zdůvodnění:

V dne

 podpis hospicového lékaře

***Tuto část vyplňuje lékař, který doporučuje hospicovou péči:***

**Osobní anamnéza včetně medikamentózní terapie:**

|  |
| --- |
| **Soběstačnost pacienta:**  |
| [ ]  pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci |
| [ ]  pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy |
| [ ]  pacient je chodící, schopen sebeobsluhy |
| **Hlavní současné klinické problémy** |
| [ ]  bolest | [ ]  dušnost | [ ]  nechutenství | [ ]  nausea, zvracení |
| [ ]  dekubity | [ ]  jiné: |

|  |
| --- |
| **Hlavní příčina současného zdravotního stavu** |
| [ ]  pokročilé onkologické onemocnění |
| [ ]  interní polymorbidita (např. st. p. CMP, demence, ICHS, srdeční selhávání,  degenerativní kloubní onemocnění) u pacienta s onkologickým onemocněním |
| [ ]  interní polymorbidita (viz výše) u pacienta bez onkologického onemocnění |
| [ ]  jiné (uveďte jako první diagnózu) |

**U pacientů s onkologickou diagnózou:** Rozhodl onkolog, že protinádorová léčba (operace, chemoterapie, ozařování) již není indikovaná?

[ ]  ANO (dále pouze symptomatický postup) [ ]  NE

**Diagnostický souhrn** (k žádosti přiložte lékařskou nebo propouštěcí zprávu)**:**

**Které současné onemocnění je pro pacienta limitující:**

**Nachází se pacient v preterminální či terminální fázi uvedeného onemocnění?**

[ ]  ANO [ ]  NE

**Byl pacient o svém onemocnění informován** (případně jak)**?**

[ ]  ANO [ ]  NE

**Je si pacient vědom terminální povahy svého onemocnění** (je schopen takového posouzení)**?**

[ ]  ANO [ ]  NE

V dne

 razítko a podpis lékaře