

PACIENT

Příjmení:	_____	Rodné číslo:	_____
Jméno a titul:	_____	Zdrav.pojišť'ovna:	_____
Rodné příjmení:	_____	Telefon:	_____
Stav:	_____	Povolání (i dřívější):	_____
Adresa trvalého pobytu:	_____		
		Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlíštěm):	_____
PSČ a město:	_____	PSČ a město:	_____

PŘÍBUZNÍ (kontaktní osoby)

Nejbližší osoba pacienta: (příbuzná nebo jiná, kterou si určil pacient)	Další kontaktní osoba:		
Příjmení a jméno:	_____	Příjmení a jméno:	_____
Vztah:	_____	Vztah:	_____
Telefon:	_____	Telefon:	_____
E-mail:	_____	E-mail:	_____
Adresa:	_____	Adresa:	_____
PSČ a město:	_____	PSČ a město:	_____

KDO PŘEVEZME PÉČI PŘI EVENT. PROPUŠTĚNÍ PACIENTA (vyplnit není-li shodná s nejbližší osobou):

Příjmení a jméno:	_____	Adresa:	_____
Vztah:	_____		
Telefon:	_____		
E-mail:	_____	PSČ a město:	_____

Sociální situace pacienta a požadavky

Zaškrtněte, prosím, pole s Vašimi požadavky:

Pacient má zájem o domácí hospicovou péči

Pacient požaduje přijetí v co nejbližším termínu

Osoba blízká využije ubytování na přistýlce s nemocným

Dávky, které pacient pobírá:

<input type="checkbox"/> Příspěvek na péči (PnP)	<input type="checkbox"/> Starobní důchod
Vydal ÚP: _____	<input type="checkbox"/> Invalidní důchod
Stupeň PnP (I.-IV.) _____	<input type="checkbox"/> Pracovní neschopnost
<input type="checkbox"/> PnP momentálně v řízení	<input type="checkbox"/> Hmotná nouze
<input type="checkbox"/> o PnP nebylo zažádáno	<input type="checkbox"/> Jiné dávky: _____

Pacient se nyní nachází:

<input type="checkbox"/> sám doma	<input type="checkbox"/> v nemocnici
<input type="checkbox"/> v domácnosti s pečující osobou	na oddělení: _____
<input type="checkbox"/> v domově důchodců nebo pečovatelském domě	<input type="checkbox"/> LDN
	<input type="checkbox"/> jiné: _____

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ

Příjmení a jméno: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

PSČ a město: _____

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Příjmení a jméno: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

PSČ a město: _____

Diagnózy - uveďte priority podle závažnosti příznaků, **přiložte lékařskou zprávu****Současná medikace** - vypište přesně, včetně dávkování (pokud není uvedeno v propouštěcí zprávě)

Hlavní příčina současného zdravotního stavu

- Pokročilé onkologické onemocnění
- Interní polymorbidita* s onkologickým onemocněním
- Interní polymorbidita* bez onkologického onemocnění
- Jiné (uveďte jako první diagnózu): _____

* např. st.p. CMP, demence, ICHS, srdeční selhávání degenerativní kloubní onemocnění apod.)

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

- ANO (dále pouze symptomatický postup) NE

Porucha vědomí:

- somnolence sopor koma

Infekční onemocnění (nejsou důvodem zamítnutí žádosti):

- HIV MRSA Hepatitida (uveďte typ):

Invazivní vstupy (ponechte in situ): CVK PICC PVK NGS/NJS PEG PMK TSK Zavedeno detenční řízení Stomie Druh: _____

- Mobilita:**
- Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy
- Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy
- Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých

V _____ dne _____

Žádost můžete zaslat:

- na mail: socialni@hospiclitomerice.cz
- faxem na číslo: 416 736 704
- na adresu: Hospic sv. Štěpána z.s. Rybářské nám. 662/4,41201 Litoměřice

Razítko zařízení a podpis lékaře

Případné další dotazy zodpoví naše sociální pracovnice na tel. 737 265 822 nebo zašlete na e-mail socialni@hospiclitomerice.cz

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí“. Její součástí je i písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta.

- *Svobodný* znamená, že si sám nemocný přeje hospic
- *Informovaný* znamená, že nemocný ví, co hospic je a co není

Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Je třeba si uvědomit, že lékařská věda v dnešní době může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by pro Vás byla jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodloužování, ale kvalita života. Nejsme pánem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit, a proto to ani neslibujeme. Nebudeme ho však také zkracovat žádnou eutanázií. Chceme se snažit, aby Váš život byl až do svého konce hodnotný.

Hospic nemocnému slibuje, že - ***nebude trpět nesnesitelnou bolestí***
- ***bude vždy respektována jeho lidská důstojnost***
- ***v posledních chvílích nezůstane osamocen***

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Domnívá-li se nemocný, že kvalitu jeho životalepší přítomnost milované osoby, může si ji vzít do hospice i na celou dobu pobytu. Pro tento účel máme připraveno 22 jednolůžkových pokojů s přistýlkou a vlastním příslušenstvím. Základní informace a ceník úhrad najdete na druhé straně tohoto listu. Chceme, aby váš souhlas byl opravdu svobodný a informovaný.

Všechny informace můžete najít na našich stránkách www.hospiclitomerice.cz. Máte-li další otázky, rádi je zodpovíme na tel. čísle **416 733 185 – 7** nebo na adrese info@hospiclitomerice.cz

ZDE Odstříhnete, horní část si ponechá pacient, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí

✂

SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

příloha k „žádosti o přijetí do Hospice sv. Štěpána“

Jméno a příjmení pacienta: _____

r. č. _____

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita, a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit. Zároveň souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích.

V _____

dne _____

_____ podpis pacienta

Co si vzít s sebou?

- pomůcky, které běžně používáte (berle, hůl, vozík, naslouchadlo apod.), toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si prádlo chcete nechat prát u nás, je nutno si ho označit jménem), pohodlné oblečení na den, oblečení pro pobyt nebo pohyb venku (i ležící pacienti mohou za hezkého počasí pobývat na terase nebo v blízkém okolí hospice), event. společenské šaty (občas bývá v hospici koncert, apod.), domácí obuv na přezutí.
- nezapomeňte občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny a kopii rozhodnutí o příspěvku na péči

Jak je to v hospici s návštěvami?

- Protože cílem hospicové péče je maximálně možné zlepšení kvality života nemocných, návštěvy jsou u nás neomezené (24 hodin denně, 365 dní v roce) Z téhož důvodu může být s nemocným na pokoji ubytován i blízký člověk.

Jak je to s placením?

- Zdravotní pojišťovny hradí svým pojištěncům zdravotnickou péči v hospici. Vzhledem k tomu, že poskytujeme našim klientům péči širšího, tj. i nezdravotnického charakteru, včetně nadstandardního vybavení pokojů, připláci si pacient v našem zařízení za tyto služby. Aktuální přehled sazeb zjistíte na **www.hospiclitomerice.cz** nebo přímo v Hospici sv. Štěpána.
- Ze sociálních důvodů lze částku snížit.
- Příbuzný, který se u nemocného ubytuje, platí symbolický poplatek. Stravování si může zajišťovat sám (lze použít kuchyňku na oddělení) nebo si může po dohodě s personálem jídlo objednat u nás - pobyt blízkých v hospici je nejlepším darem, který můžete nemocnému dát

S přáním všeho dobrého

Mgr. Monika MARKOVÁ