



Žádost o přijetí klienta do domácí hospicové péče

Jméno a příjmení, titul:		Rodné číslo:
Číslo OP:	Zdravotní pojišťovna:	
Adresa trvalého bydliště:		Adresa současného pobytu:
PSC:		PSC:
Praktický lékař: tel.: adresa pracoviště: ordinační hodiny:		Odesílající lékař: tel.: adresa pracoviště:

Kontaktní osoba, nejbližší osoba (příbuzná nebo jiná, kterou si určil klient):	
jméno a příjmení, titul:	tel:
vztah k žadateli:	
adresa:	

Nynější onemocnění - diagnostický soubor:
Alergie



Infekční onemocnění: (HbsAg, MRSA , rezistentní infekce, salmonela, scabies apod.)

Medikamentózní léčba (uvedte všechny léky včetně dávkování):

Přílohou žádosti je vyplněný Informovaný souhlas.

Nelze-li získat plný informovaný souhlas klienta, uveďte ošetřující lékař důvod.

Datum:

Podpis a razítko odesílajícího lékaře

Zavedeno detenční řízení:

NE

ANO

Cena za službu: dle platného ceníku Sdílení o.p.s.

Cena za péči bude fakturována dle aktuálního ceníku zpětně dle skutečně provedených návštěv a to vždy ke konci aktuálního kalendářního měsíce.

Další informace, které považujete za důležité sdělit:

Datum:

Podpis žadatele/klienta

Datum:

Podpis a razítko odborného zástupce hospicové péče
Mgr. Anna Svobodová

S přijetím klienta do domácí hospicové péče souhlasím:

NE

ANO