



## Žádost o přijetí klienta do domácí hospicové péče

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

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

<b>Nynější onemocnění</b> - diagnostický soubor:
<b>Alergie</b>
<b>Infekční onemocnění:</b> (HbsAg, MRSA , rezistentní infekce, salmonela, scabies apod.)

**Medikamentózní léčba** (uved'te 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.

**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