



Žádost o přijetí pacienta do mobilní specializované paliativní péče (MSPP)

Jméno a příjmení, titul:		Rodné číslo:
Číslo OP:	Zdravotní pojišťovna:	
Adresa trvalého bydliště:		Adresa současného pobytu:
PSC:	PSC:	
Praktický lékař: tel.: adresa pracoviště: Odesílající lékař: tel.: adresa pracoviště:		První informace o MSPP Sdílení byla poskytnuta:

1. Pečující osoba:	
Jméno a příjmení:	tel:
vztah k žadateli:	email:
2. Pečující osoba:	
Jméno a příjmení:	tel:
vztah k žadateli:	email:

Nynější onemocnění - diagnostický soubor:
Medikamentózní léčba (uved'te všechny léky, včetně dávkování): viz. zdravotnická dokumentace pacienta

Alergie

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

Přílohou žádosti je vyplněný Informovaný souhlas.

Nelze-li získat plný informovaný souhlas pacienta, 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. -150 Kč/den

Faktura bude zasílána:

- emailem
- poštou
- osobně

Další informace, které považujete za důležité sdělit:

PnP

- žádost nebyla podána
- je v řízení
- byl přiznán ve výši.....

Datum:

Podpis žadatele/pacienta

Datum:

Podpis a razítko: vrchní sestra Mgr. Anna Svobodová

S přijetím pacienta do **MSPP** souhlasím:

NE

ANO