



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:
PSČ:		PSČ:
Praktický lékař: tel.: adresa pracoviště:		

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

Nynější onemocnění – základní diagnóza:
Medikamentózní léčba (uved'te všechny léky, včetně dávkování): ● viz. zdravotnická dokumentace pacienta z.....
Alergie:
Infekční onemocnění: (HbsAg, MRSA, rezistentní infekce, salmonela, scabies apod.)

Sjednaný cíl péče (např. kde si pacient přeje prožít závěr života, jaká je představa o nynější kvalitě jeho života...):

- důstojné a pokojné dožití pacienta v domácím prostředí
-
-

První informace o MSPP Sdílení o.p.s. byla poskytnuta:

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 (např. pacient má sjednanou jinou zdr. či soc. službu...):

PnP

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

Datum:

.....

Podpis žadatele

(pacienta/tky nebo zákonem stanoveného opatrovníka, ev. zástupce pacienta/tky pro rozhodování)

Přílohou žádosti je vyplněný Informovaný souhlas.

Zavedeno detenční řízení

☐ NE

☐ ANO

Datum:

Podpis a razítko zástupce MSPP Sdílení o.p.s.

S přijetím pacienta do **MSPP** souhlasím:

☐ NE

☐ ANO