**ŽÁDOST O PŘIJETÍ KLIENTA DO DOMÁCÍHO HOSPICE**

|  |
| --- |
| **Jméno, příjmení, titul:** |
| **Rodné číslo:** | **Pojišťovna:** |
| **Adresa:** |
| **Telefon:** |
| **Pečující/kontaktní osoba:** |
| **Praktický lékař:** | **Ošetřující lékař:** |
| **Zdravotní stav** |
| **Akutní stav klienta:** |
| **Diagnozy:** |
| **Alergie:** |
| **Infekční onemocnění(HbsAg, MRSA,rezistentí inf.,salmonela,apod.):** |
| **Stomie: ano ne** |
| **Bolesti: ano ne** |
| **Ostatní příznaky:** |
| **Invazivní vstupy: NGS PEG PMK TSK** |
| **Porucha vědomí: Při vědomí ANO NE** **Somnolentní ANO NE** **Soporózní ANO NE** **Komatózní ANO NE** |
| **Mobilita:** |
| **Medikamentózní léčba - včetně dávkování:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Ošetřovatelská péče:** |
| **Soběstačnost:** | **SÁM** | **DOPOMOC** | **PLNÁ ZÁVISLOST** |
| **Příjem stravy:** |  |  |  |
| **Oblékání:** |  |  |  |
| **Hygiena:** |  |  |  |
| **DEKUBITY:** | **1.** | **2.** | **3.** |
| **Lokalita:** |  |  |  |
| **Velikost:** |  |  |  |
| **Terapie:** |  |  |  |
| **Sociální situace:** |
| **Žije: sám s jinou osobou** |
| **Sociální peče - zajištění pečovatelské služby: ne ano** |
| **PŘÍLOHY ŽÁDOSTI** |
| **1.Souhrnná zpráva/propouštěcí zpráva.** |
| **2. informovaný podepsaný souhlas klienta.** |
| **Budeme Vás kontaktovat telefonicky s domluvou zahájení péče. Přijetí do péče nastává až potvrzením indikace žádosti – bud odesílajícímu lékaři nebo rodině pacienta. Ne podáním žádosti. Přijetí do péče se děje dle kapacity služby.****Informace na telefonním čísle 777 758 270, 549 229 999 nebo na emailu sanusbrno@seznam.cz** |