**ŽÁDOST O DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI / AMBULANTNÍ PÉČI**

PACIENT

**Jméno a příjmení nemocného**: **Zdravotní pojišťovna:**

**Datum narození:** **Rodné číslo:**

**Adresa trvalého bydliště:**

Telefon:

**Adresa, kde má být péče poskytována** *(vyplnit pouze, pokud je odlišná od trvalého bydliště)***:**

Označení zvonku, ev.patro:

**Základní diagnóza:**

Lékaři odhadovaná prognóza: □ dny □ týdny □ měsíce □ jiná □ nejasná

**Aktuální obtíže:** 1)

2)

3)

**Výrazné zhoršování za poslední měsíc:** □ ano □ ne

**Vědomí:** □ plné □ snížené □ bezvědomí □ zmatenost

**Kontakt:** □ bez omezení □ ztížený □ nelze navázat

**Soběstačnost:**□ sobestačný □ malá dopomoc □ s velkou dopomocí □ odkázán na druhou osobu

**Pohyblivost:** □ chodící □ chůze s dopomocí □ zvládne jen přesazení

□ v posledních dnech jen ležící □ dlouhodobě ležící

**Bolesti:** □ nejsou □ malé □ střední □ velké popis bolesti………………………………………………

**Dušnost:** □ není □ malá □ střední □ velká

**Nevolnosti:** □ nejsou □ občasné □ trvalé

**Zvracení:** □ není □ občasné □ časté

**Příjem potravy:** □ téměř normální □ sní méně než ½ dřívějších porcí □ nejí

**Spánek:** □ spí bez obtíží □ opakované noční buzení □ pospává i během dne

**Vstupy/výstupy:**

□ žaludeční sonda k výživě(nosní, přes břišní stěnu PEG) □ cévní vstup(kanyla, port,…)

□ vývod z ledviny □ vývod ze střeva □ močová cévka □ jiné…………………….……………………..

**Kůže:** □ proleženiny □ bercové vředy □ nádorové postižení kůže místo postižení…………….……..

PEČUJÍCÍ

**Jméno a příjmení hlavní osoby, která bude poskytovat péči:**

Datum narození:

**Adresa trvalého bydliště:**

**Telefon:** Email:

Vztah k nemocnému:

**Vaše hlavní očekávání od našich služeb** (popište svými slovy):

Kdo bude hradit péči za služby (složku nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění):

REGISTRUJÍCÍ PRAKTICKÝ LÉKAŘ PACIENTA

**Registrující praktický lékař:**

Adresa:

Telefon:

ZÁVĚREČNÉ DŮLEŽITÉ INFORMACE

Jiné služby u nemocného v době podání žádosti(agentura domácí zdravotní péče, pečovatelské služby,…):

**V době podání žádosti je nemocný:**

□ doma

□ ve zdravotnickém zařízení (název, adresa, **oddělení, ošetřující lékař, telefon**):

□ v sociálním zařízení (název, adresa, **kontaktní osoba, telefon**):

**Žádost vyplnil** *(vyplnit pouze, pokud je odesílatel jiný, než pečující)***:**

**Jméno, telefon:**

**Prosíme, vyplněný formulář odešlete na adresu** [**ambulance@cestadomu.cz**](mailto:ambulance@cestadomu.cz) **, včetně aktuální lékařské zprávy.**

Do těla e-mailu uveďte následující: „Žádost je odesílána se souhlasem pacienta / opatrovníka pro zajištění návaznosti zdravotních služeb. Prosíme, do 3 dnů vymazat.”

Položky označené \* jsou povinné.