

Žádost o mobilní hospic Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně



1. Údaje o pacientovi

Titul (před jménem)

Např: ing.

Rodné číslo / Číslo pojištěnce *

Např: 1234567/5555,123456789 (oddělte čárkou)

Zdravotní pojišťovna *

vyberte jednu ze smluvních pojišťoven

Kontaktní e-mail (pacient) *

Např: jan.novak@nejakyemail.cz

Jméno a příjmení (pacient) *

Např. Jan Novák

Trvalá adresa (pacient) *

Např. Annenská 28/458, Brno, 60200

Kontaktní telefon (pacient)

Např: +420 123456789

Upřesnění současného pobytu (pacient) *

☐ Doma ☐ Hospitalizace ☐ Jinde

2. Údaje o lékařích pacienta

Jméno a příjmení (odesílající lékař) *

Např: Jan Novák

Telefon (odesílající lékař) *

Např: +420 123456789

E-mail (odesílající lékař)

Např: jan.novak@nejakyemail.cz

IČP odesílajícího lékaře

Např: 123456789

Pracoviště (odesílající lékař) *

Např: kardiochirurgie

Jméno a příjmení (praktický lékař)

Např: Jan Novák

Telefon (praktický lékař)

Např: +420 123456789

E-mail (praktický lékař)

Např: jan.novak@nejakyemail.cz

IČP praktického lékaře

Např: 123456789

Pracoviště (praktický lékař)

Např: kardiochirurgie

3. Hlavní pečující osoba

Jméno a příjmení (blízká osoba) *

Např: Jan Novák

Adresa (blízká osoba)

Např. Annenská 28/458, Brno, 60200

Vztah k pacientovi *

Např: sestra, bratr

Telefonní číslo (blízká osoba) *

Např: +420 123456789

3.1 Další pečující osoba

Jméno a příjmení (další pečující osoba)

Např: Jan Novák

Adresa (další pečující osoba)

Např: Annenská 28/458, Brno, 60200

Vztah k pacientovi

Např: bratr, sestra

Telefonní číslo (další pečující osoba)

Např: +420 123456789

4. Údaje o stavu pacienta

Rozhodl onkolog o ukončení onkologické léčby (operace, chemoterapie, ozařování...)? *

☐ Ano ☐ Ne ☐ Nemá onkologické onemocnění

Vyberte jednu z možností

Vyplňte, prosím, indikaci k přijetí, diagnostický soubor... (lze přiložit aktuální lékařskou zprávu) *

☐ Přiložím lékařskou zprávu ☐ Chci vypsát ručně

Mobilita *

☐ Chodící ☐ Chodící s pomocí ☐ Sed u lůžka (v lůžku)

☐ Ležící

Např: ležící

Příjem stravy *

☐ Normální ☐ Polovina porce ☐ Několik lžic

☐ Minimálně

Vyberte jednu z položek

Alergie

☐ Ano, pacient má alergii / alergie

Infekční onemocnění

☐ Ano, pacient má infekční onemocnění

Epidemiologická anamnéza

☐ Ano, pacient má epidemiologickou anamnézu

Porucha/y vědomí

☐ Ano, pacient má poruchu/y vědomí

Bolest/i

☐ Ano, pacient má bolest/i

Invazivní vstupy, stomie

☐ Ano, pacient má invazivní vstupy, stomie

Ostatní příznaky

- ☐ Dušnost ☐ Nausea, zvracení ☐ Stavy zmatenosti
- ☐ Únava, slabost ☐ Deprese ☐ Nespavost ☐ Úzkost
- ☐ Jiné

Vyberte všechny příznaky, které se u pacienta projevují

Potvrzuji, že jsem informoval pacienta i pečující o principech hospicové péče. Pacient/ka se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvažení a řádném poučení a s hospicovou péčí souhlasí. *

- ☐ Ano ☐ Ne

Vyberte jednu z možností

5. Doplnující informace

Jídlo

- ☐ Zvládá sám ☐ Nutná pomoc ☐ Plně závislý

Hygiena

- ☐ Zvládá sám ☐ Nutná pomoc ☐ Plně závislý

Dekubity, rány a jiné poruchy kožní integrity

(uveďte popis a léčbu): *

Zadejte prosím text

Oblékání

- ☐ Zvládá sám ☐ Nutná pomoc ☐ Plně závislý

Vyprazdňování

- ☐ Zvládá sám ☐ Nutná pomoc ☐ Plně závislý

6. Údaje o současném stavu pacienta

Další informace, které považujete za důležité sdělit (např. sociální situace, příspěvek na péči, rodinný stav):

Zavedeno detenční zařízení? *

- ☐ Ano ☐ Ne

GDPR *

- ☐ Souhlasím se zpracováním soukromých údajů