



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

P A C I E N T	PŘÍJMENÍ, TITUL		JMÉNO	
	Rodné číslo		Rodné příjmení	
	Adresa trvalého bydliště		PSČ	Telefon
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm)		PSČ	Telefon
P E Č U J Í C Í O S O B A	KONTAKTNÍ PEČUJÍCÍ OSOBA, která zajistí v domácnosti (v místě nynějšího pobytu) celodenní péči o pacienta, zavazuje se ke spolupráci s Domácí hospicovou péčí.			
	Jméno a příjmení			Vztah
	Adresa		PSČ	Telefon
	Email:			
	Podpis kontaktní pečující osoby:			
	DALŠÍ PEČUJÍCÍ OSOBA <input type="checkbox"/> / BLÍZKÁ OSOBA <input type="checkbox"/>			
	Jméno a příjmení			Vztah
	Adresa		PSČ	Telefon
L É K A Ř I	PRAKTICKÝ LÉKAŘ			
	Jméno			
	Adresa		PSČ	Telefon
	ODBORNÝ SPECIALISTA			
	Jméno, odbornost			
	Adresa		PSČ	Telefon
LÉKAŘ INDIKUJÍCÍ DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI				
Jméno, odbornost				

	Adresa	PSČ	Telefon
--	--------	-----	---------

DOPORUČENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K PŘIJETÍ PACIENTA

DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Pacient	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Diagnosa		
Terapie		
Současné obtíže	zažívací obtíže <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/>	
	Jiné:	

Pacient v pokročilém stádiu (onkologického) onemocnění s ukončenou kauzální (onkologickou) léčbou doporučen k paliativní péči formou domácí hospicové péče a péče ambulance paliativní medicíny.

Pacient informován o povaze a prognóze svého onemocnění: plně částečně (prosím upřesněte)

Datum:

Razítko, podpis indikujícího lékaře:

K doporučení přiložte prosím aktuální propouštěcí/překládovou zprávu.

Podmínky přijetí pacienta do péče Domácí hospicové péče RUAH o.p.s.:

- o Vyplnění „Žádosti o přijetí do péče“, písemný informovaný souhlas pacienta
- o Doporučení ošetřujícího lékaře k přijetí do domácí hospicové péče
- o Pokročilé stádium nevléčitelného onemocnění, ukončená kauzální (onkologická) léčba
- o Zajištěna nepřetržitá celodenní péče v domácnosti „pečující osobou“
- o Bydliště ve vzdálenosti do 30km od Benešova u Prahy

O přijetí pacienta do péče rozhoduje lékař Domácí hospicové péče na základě doporučení ošetřujícího lékaře.

Vyjádření lékaře Domácí hospicové péče/ Ambulance paliativní medicíny:

Schválení „Žádosti o přijetí“: ano ne (zdůvodnění)

Datum:

Podpis:

INFORMACE PRO PACIENTA

Svobodný informovaný souhlas pacienta

Vážená paní, vážený pane,

Člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí do péče“. Její součástí je i písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. „Svobodný“ znamená, že si sám nemocný přeje využít služeb Domácí hospicové péče, „informovaný“ znamená, že k tomuto rozhodnutí má nemocný potřebné informace, je pro něj srozumitelné zaměření nabízené péče i způsob a podmínky jejího praktického poskytování.

Myšlenka (domácí) hospicové péče vychází z úcty k životu v celém jeho průběhu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Lékařská věda dokáže v dnešní době hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by pro Vás mohla být jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout Domácí hospicová péče ve Vašem vlastním prostředí. Specializovaná paliativní péče se zaměřuje na zmírnění utrpení, léčbu bolesti a na tlumení příznaků, které nemoc provázejí. Jejím cílem je maximální možná kvalita života, stráveného navíc mezi Vašimi blízkými.

Lékař v hospicové péči ordinuje všechno to, co může zlepšit kvalitu života nemocného, přinést co možná největší úlevu nemocnému od průvodních příznaků onemocnění, vědomě také upouští od léčebných zákroků a postupů, které kvalitu života zlepšit nemohou. Toto kritérium je v paliativní a hospicové péči rozhodující. Naším cílem je odborně i lidsky doprovázet Vás a Vaše blízké v nelehkém období pokročilého onemocnění, pomoci Vám prožít tento čas co možná nejplněji.

SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro přijetí do Domácí hospicové péče svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a zaměření této péče na co možná největší kvalitu života, úlevu od průvodních příznaků onemocnění, že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit. Souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Domácí hospicové péče RUAH, o.p.s.

Souhlasím s tím, aby pečující osoby byly informovány o mém zdravotním stavu a směly nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Byl/a jsem seznámen/a s materiálem Informace pro pacienta, jako i s podmínkami přijetí do péče Domácí hospicové péče RUAH, o.p.s. a se způsobem poskytování péče, svým podpisem stvrzuji souhlas s těmito podmínkami.

Pokud souhlas nelze získat (pacient není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen vyjádřit své stanovisko a nebyl právní cestou ustanoven jeho zákonný zástupce), bude postupováno v záležitostech péče v zájmu zajištění maximálního možného komfortu pacienta v daném stavu dle zmíněných principů paliativní péče.

Jméno a příjmení pacienta Rodné číslo

V Dne Podpis pacienta