

## ŽÁDOST o poskytování Domácí hospicové péče Ledax o.p.s.

Tuto část vyplňuje žadatel nebo jeho blízcí		
<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ, titul</b>		
Datum narození:	RČ:	Pojišťovna:
Místo trvalého bydliště		
Místo poskytování péče		
Telefonní číslo žadatele:	Rodinný stav:	
Kontaktní osoba/rodinný příslušník:	Kontakt na rodinné příslušníky:	
Opatrovník	<input type="checkbox"/> ANO (uveďte jméno, rodinnou příslušnost, kontakt)  <input type="checkbox"/> NE	
Žadatel žije <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> ve společné domácnosti s: .....	<b>Soběstačnost</b> <input type="checkbox"/> ležící, zcela závislí na pomoci  <input type="checkbox"/> převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy  <input type="checkbox"/> chodící, schopen sebeobsluhy	
Jméno obvodního lékaře (adresa + telefonní číslo):		
Jméno lékaře, který Domácí hospicovou péči doporučil		
Žadatel se o poskytování Domácí hospicové péče dozvěděl	<input type="checkbox"/> od lékaře <input type="checkbox"/> od známého <input type="checkbox"/> z letáku <input type="checkbox"/> jiná možnost (uveďte): .....	

Doklady potřebné k vyřízení žádosti (k nahlédnutí):

- platný občanský průkaz žadatele,
- v případě žadatele zbaveného způsobilosti rozsudek o zbavení způsobilosti a usnesení o ustanovení opatrovníka,
- doporučení k poskytování Domácí hospicové péče (od praktického lékaře, z nemocnice, apod.).
- 

Podmínky přijetí klienta do Domácí hospicové péče Ledax (dále jen „DHP“):

- Předložení Žádosti o poskytování DHP a informovaného souhlasu klienta
- Pokročilé stádium nevyléčitelného onemocnění, ukončení kauzální (onkologická) léčby
- Zajištěna nepřetržitá celodenní péče o klienta v domácnosti „pečující osobou“

- Místo poskytování péče je na území okresu České Budějovice
- O přijetí klienta do péče DHP rozhoduje lékař DHP na základě doporučení.

.....  
Podpis Žadatele/opatrovník

**Tuto část vyplní vedoucí hospice nebo jeho zástupce**

**Byl pacient o svém onemocnění informován (případně jak)?**

ANO     NE

**Je si pacient vědom terminální povahy svého onemocnění (je schopen takového posouzení)?**

ANO     NE

**Nachází se pacient v preterminální či terminální fázi uvedeného onemocnění?**

ANO     NE

**Hlavní příčina současného zdravotního stavu**

- pokročilé onkologické onemocnění
- interní polymorbidita (např. stav po CMP, demence, ICHS, srdeční selhávání, degenerativní kloubní onemocnění) u pacienta s neonkologickým onemocněním
- jiné (uveďte jako první diagnózu)
- .....

**Které současné onemocnění je pro pacient nejvíce limitující?**

.....

**U pacientů s onkologickou diagnózou**

Rozhodl onkolog, že protinádorová léčba (operace, chemoterapie, ozařování) již není indikována?

ANO (dále pouze symptomatický postup)     NE .....

**Hlavní současné klinické problémy**

- bolest     dušnost     nechutenství     nauzea,zvracení     dekubity     sondy,PEG,NSG
- stomie     jiné .....

Žádost žadatele o přijetí do DHP péče byla     SCHVÁLENA     ZAMÍTNUTA

Zdůvodnění

V.....

.....

Podpis žadatele/ opatrovníka