



## Žádost

o přijetí pacienta do Mobilního hospice Anežky České v Červeném Kostelci,  
okr. Náchod

Jméno, příjmení, titul pacienta:

rodné číslo:

stav:

pojišťovna:

1)

adresa trvalého bydliště:

adresa nynějšího pobytu pacienta:

telefon:

Osoba, která o pacienta pečuje - Jméno, příjmení:

vztah:

adresa:

telefon:

email:

odesílající lékař:

praktický lékař:

telefon:

telefon:

adresa:

adresa:

### Dotazník očekávání a aktuálního stavu pacienta

Co očekává od mobilního hospice	pacient	rodina	odesíl. lékař
Léčbu bolesti a dalších příznaků nemoci	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<i>upřesněte kterých:</i>			
Odbornou sesterskou péči	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Odbornou lékařskou péči	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Podporu a pomoc psychologa	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Podporu a pomoc sociální pracovnice	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Duchovní péče	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Prosíme o vyplnění pacientem, či pečujícími.

Vědomí:

- plné
- snížené
- bezvědomí
- zmatenost

Kontakt:

- bez omezení
- ztížený
- nelze navázat

Soběstačnost:

- soběstačný
- malá dopomoc
- s velkou dopomocí
- odkázán na druhou osobu

Dušnost:

- není
- malá
- střední
- velká

Pohyblivost:

- chodící
- chůze s dopomocí
- zvládne jen přesazení
- v posledních dnech jen ležící
- dlouhodobě ležící

Bolesti:

- nejsou
- malé
- střední
- velké

co užíváte, kolik a jak často:

**Nevolnosti:**

- nejsou  
 občasné  
 trvalé

**Zvracení**

- není  
 občasné  
 časté

**Příjem potravy**

- téměř normální  
 sní méně než polovinu dřívějších porcí  
 nejí

**Spánek:**

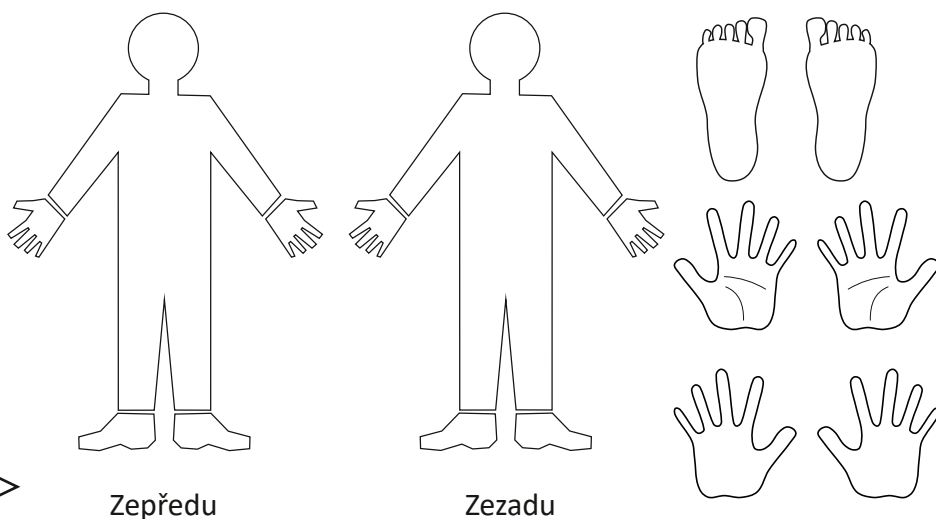
- spí bez obtíží  
 opakované noční buzení  
 pospává i během dne

**Vstupy/výstupy:**

- žaludeční sonda k výživě (nosní, přes břišní stěnu, PEG)  
 cévní vstup (kanyla, port, centrální žilní katetr)  
 vývod z ledviny  
 vývod ze střeva  
 močová cévka  
 jiné:

**Kůže:**

- proleženiny  
 bércové vředy  
 nádorové postižení kůže  
 operační rány  
 hematomy/modřiny  
 drobné oděrky  
 suchá kůže  
 ekzém  
 pásový opar



Prosím zakroužkujte do obrázku →

**POSTUP PRO PŘIJETÍ PACIENTA DO MOBILNÍHO HOSPICE:**

- vyplněné je doručíte osobně, poštou, či e-mailem na:

**Mobilní hospic Anežky České**  
**MUDr. Václav Šafka, Ph.D.**  
**Koubovka 587,**  
**549 41 Červený Kostelec**

**tel. lékaři: 491 610 435,**  
**informační linka: 491 610 482**  
**e-mail: lekari@hospic.cz, info@hospic.cz**

- Oblastní charita Červený Kostelec se jako správce osobních údajů zavazuje, v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů, angl. General Data Protection Regulation) (dále jako: „GDPR“), v souladu s českým adaptačním zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, a dále v souladu s příslušnými vnitrostátními právními předpisy upravujícími problematiku ochrany osobních údajů, že všechny osobní a citlivé údaje (neboli zvláštní kategorie osobních údajů) subjektů údajů budou shromažďovány a zpracovávány dle zásad GDPR

- Hospic poskytuje poradenství a půjčuje zdravotnické pomůcky.

Datum a místo:

Jméno a příjmení žadatele a pečujícího:

Podpis (v případě vyplnění elektronicky bude podepsáno při první návštěvě):



## Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním specializované paliativní péče v domácím prostředí pacienta

Poskytovatel domácí specializované paliativní péče

IČZ: 64 336 000, IČP 64 336 002

Název IČZ: Oblastní charita Červený Kostelec – Mobilní hospic Anežky České (dále jen Poskytovatel)

Poskytovatel od ..... (den, měsíc, rok) poskytuje

pacientovi ..... (jméno, příjmení), ..... (rodné číslo) specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou a časově přiměřenou dostupnost návštěvní služby všeobecné sestry a lékaře. Dojezd zdravotníků je realizován do 60 minut kromě výjimečných případů (daných klimatickými podmínkami, nepředvídatelnou dopravní situací apod.). Poskytovatel zajišťuje nejen osobní návštěvy pacienta, ale také využívá denně distanční (telefonickou nebo videokonferenční) komunikaci s pacientem nebo pečující osobou.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. dopravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

Byl/a jsem lékařem informován/a o svém zdravotním stavu a nezvratné prognóze mého onemocnění

..... a souhlasím s tím, aby péče mi poskytovaná byla zaměřena na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že Mobilní hospic Anežky České poskytuje paliativní péči, jejíž cílem je udržet co největší kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stádiem mé nevléčitelné nemoci. V rámci paliativní péče mi v případě selhání životních funkcí nebude poskytováno ožívování.

Osobou, která bude informována o mém zdravotním stavu, bude moci nahlížet do zdravotnické dokumentace a bude moci vyslovit souhlas či nesouhlas v případě mé poruchy vědomí, určuji:

.....  
(jméno, příjmení, datum narození, kontakt)

Nesouhlasím, aby některá moje osoba blízká ★ .....  
(jméno, příjmení, datum nar.) byla informována o mém zdravotním stavu, mohla nahlížet do zdravotnické dokumentace a získávat z ní kopie.

★ Osobou blízkou se rozumí:

- příbuzný v řadě přímé (syn, dcera, otec, matka),
- sourozenec a manžel nebo partner

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu Mobilního hospice Anežky České.

Souhlasím  nesouhlasím  , aby se na poskytování péče podílely také osoby, které provádějí v hospici stáž (odbornou praxi) a byly s nimi sdíleny informace o mém zdravotním stavu.

Tento informovaný souhlas sepisují poté, co jsem měl/a možnost si vše řádně svobodně zvážit a mohl/a se na vše, pro mě potřebné, lékaře Mobilního hospice Anežky České zeptat.

V ..... dne.....

Podpis pacienta, příp. pacientova zástupce: .....

Podpis svědka (osoba, která o pacienta pečuje): .....

Podpis lékaře, který poskytl informace: .....

V případě, že se pacient není schopen podepsat, ale je schopen vyjádřit svou vůli:

V ..... dne.....

Co pacientovi brání k podpisu: .....

Jak projevily souhlas: .....

Podpis zdravotnického pracovníka: .....

Podpis svědka: .....