

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA

- DO AMBULANCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY A LÉČBY BOLESTI
- DO DOMÁČÍHO HOSPICE

ŽADATEL	Příjmení:	Titul:	Jméno:	Rodné příjmení:	
	Rodné číslo:	Datum nar.:		Rodinný stav:	
	Povolání (i dřívější):		Zdravotní pojišťovna:		
	Adresa trvalého bydliště:				PSČ:
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm):				PSČ:
	Telefon:		Podpis žadatele:		
Jméno a příjmení (Titul) Adresa Telefon			PSČ E-mail	Vztah	PŘÍBUZNÍ
Jméno a příjmení (Titul) Adresa Telefon			PSČ E-mail	Vztah	
LÉKAŘI	<u>PRAKTICKÝ LÉKAŘ</u>		<u>ODBORNÝ LÉKAŘ</u>		
	IČO Adresa Telefon E-mail		IČO Adresa Telefon E-mail		
	<p>Pacient je v pokročilém stádiu onkologické choroby s ukončenou onkologickou léčbou. Indikována paliativní péče včetně návštěvy specialisty v domácnosti. Žádám o převzetí pacienta do péče Ambulance paliativní medicíny/ Domáčího Hospice Dobrého Pastýře.</p>				
	<p><u>Diagnóza:</u></p> <p><u>Současné potíže:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bolest • zažívací • dušnost • deprese <p><u>Jiné:</u></p>				