



Žádost o přijetí do péče

Datum:

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů: ANO

Lékařem doporučena paliativní léčba: ANO

Jméno:		Příjmení:	
Narozen(a):		Rodné číslo:	
Bydliště:			
Telefon:			

Pacient s péčí souhlasí: ANO NE Neschopen podpisu

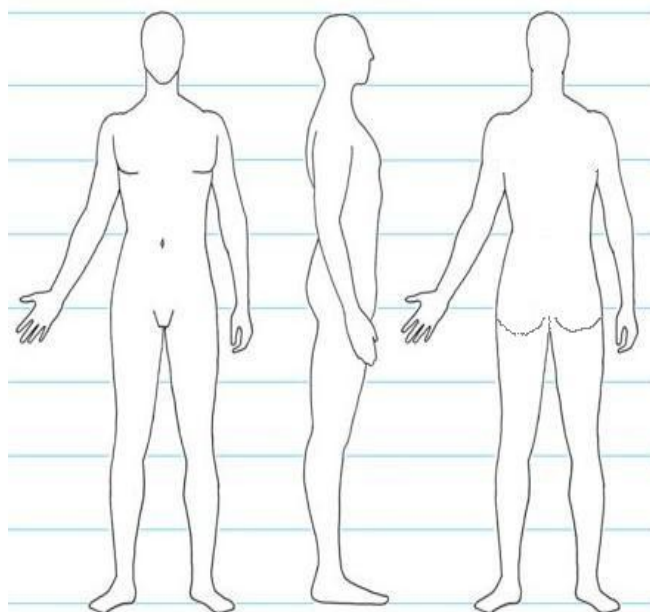
Místo poskytování péče	
Jméno a příjmení pečujícího	
Vztah k nemocnému:	
Kontaktní telefon:	
Fakturační adresa:	

Praktický lékař		Poslední	
Ostatní specialisté		Poslední	
Hospitalizace		Datum pro	

Důvod žádosti o péči:	
Diagnóza:	
Informován o nemoci:	plně
	částečně
	vůbec ne
Poznámka	

Aktuální stav:	
Bolest:	
Problémy s výživou:	
Nevolnost a zvracení:	
Mobilita:	
Dušnost:	
Jen ležící:	
Léky:	
Další:	

Rány vyžadující ošetřování:



rána	velikost	
I		
II		
III		
IV		

Vyjádření zdravotní sestry DN:

Návrh k:	
Přijetí do soustavné p	
Poradenské návštěvy	

Podpis pracovníka DN:

Podpis pacienta:

Podpis pečujícího: