

**Žádost o přijetí na oddělení paliativní péče  
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze  
Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana  
Telefon: 257 197 118    Fax: 257 530 302**

**Pacient:**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

OP:

Trvalé bydliště:

Aktuální bydliště (pokud je jiné proti trvalému):

**Kontaktní osoba (příbuzný, případně jiná blízká osoba):**

Jméno a příjmení:

Vztah k žadateli:

Bydliště:

Telefon:

Email:

**Lékař, indikující přijetí pacienta:**

Jméno a příjmení:

Adresa pracoviště:

Telefon:

Email:

**Praktický lékař pacienta:**

Jméno a příjmení:

Adresa pracoviště:

Telefon:

Email:

**Hospitalizace pacienta v posledních třech měsících**    ano - ne  
(pokud ano, uveďte prosím zařízení a délku pobytu)



**Datum:** **Razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil**

Sociální situace:

Pracovní neschopnost            ano            ne

Invalidní důchod, starobní důchod            ano            ne

Příspěvek na péči    ano (v jaké výši)            ne

Jiné (podpora v nezaměstnanosti, dávky hmotné nouze apod.)

Požadavky pacienta na ubytování (předběžná informace, podle kapacitních možností oddělení budou přání zohledněna):

Ubytování na samostatném pokoji:    ano            ne

Zajištění přistýlky pro potřeby pacienta nebo doprovázejících:    ano            ne

**Oddělení paliativní péče** se věnuje nemocným s pokročilým nevléčitelným onemocněním, kteří trpí závažnými symptomy onemocnění a vyžadují komplexní péči. Indikace k přijetí pacienta je posouzena lékařem oddělení na základě žádosti o přijetí, poskytnuté zdravotní dokumentace, telefonické nebo osobní konzultace.

Zdravotní péče během pobytu je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Oddělení je zapsáno v registru poskytovatelů sociálních služeb jako speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu a má podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nárok pobírat v době pobytu pacienta jeho příspěvek na péči.

Oddělení se snaží nabídnout vyšší komfort ubytování nemocných a umožnit v případě zájmu průběžnou přítomnost blízkých osob, které pacienta doprovázejí. Pacient se podílí na úhradě nezdravotních nákladů pobytu (nadstandardní vybavení apod.) podle rozsahu, v jakém tyto služby využívá.

**Žádám o přijetí na lůžko oddělení paliativní péče.**

**Datum:** **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**