



DIECÉZNÍ CHARITA
BRNO

DCHB – Služby Brno
třída Kpt. Jaroše 1928/9
602 00 Brno

www.dchb.charita.cz
www.brno.charita.cz

Žádost o přijetí do Domácího hospice sv. Lucie

Jméno a příjmení, titul:		Datum narození:
Kontakt:	Zdravotní pojišťovna:	
Adresa trvalého bydliště:	Adresa současného pobytu:	
PSČ:	PSČ:	
Praktický lékař: IČP (identifikační číslo pracoviště): Tel.: Pracoviště:	Odesílající lékař: IČP (identifikační číslo pracoviště): Tel.: Pracoviště:	

Kontaktní osoba, nejbližší osoba:	
Jméno a příjmení, titul:	Tel:
Vztah k pacientovi:	
Adresa:	

Nynější onemocnění – indikace k přijetí, diagnostický soubor:

Diecézní charita Brno – Domácí hospic sv. Lucie, Žižkova 3, 602 00 Brno, tel.: 545 230 467, e-mail: dhp@brno.charita.cz
IČO: 44 990 260, IČZ: 72 539 000, IČP: 72 539 935

č. ú.: 1583741621/0100, v. s.: 121 | IČ: 44990260 | DIČ: CZ44990260 | registrace 30.10.1996 MK ČR | ID schránka: 2z7jvcv



U onkologicky nemocných: Rozhodl onkolog o ukončení onkologické léčby (operace, chemoterapie, ozařování...)? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Alergie:
Infekční onemocnění (HbsAg, MRSA, rezistentní infekce, salmonela, scabies apod.):
Medikamentózní léčba (uveďte všechny léky včetně dávkování):

Aktuální stav

Porucha vědomí	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma
Bolest	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Lokalizace bolesti	
Mobilita	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed u lůžka (v lůžku) <input type="checkbox"/> ležící
Ostatní příznaky	<input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> únava, slabost <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> nespavost <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> jiné, uveďte
Jiné příznaky	



Ošetřovatelská péče

Soběstačnost	Zvládá sám/a	Nutná dopomoc	Plně závislý/á
Jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dekubity, rány a jiné poruchy kožní integrity (uveďte popis a léčbu):

Invazivní vstupy, stomie a jiné:

Nelze-li získat plný informovaný souhlas nemocného, uveďte ošetřující lékař důvod:

Datum:

Podpis a razítko odesílajícího lékaře