**ŽIADOSŤ O PRIJATIE DO HOSPICU V PALÁRIKOVE**

Pacient:

Meno a priezvisko............................................

Rodné priezvisko: ...........................................

Rodinný stav:................................................

Miesto narodenia: ...........................................

Národnosť:...................................................

Štátne občianstvo: ..........................................

Číslo OP:....................................................

Telefón:.....................................................

Rodné číslo:.................................................

Bydlisko: trvalý pobyt ......................................

Zdravotná poisťovňa: ................

E-mail:......................................................

Kde sa momentálne pacient nachádza: .........................

Kontaktná osoba:

Meno a priezvisko:............................................

Telefón:.............................

E-mail:.......................................................

Vzťah k pacientovi:...........................................

Kontaktná osoba:

Meno a priezvisko:............................................

Telefón:.............................

E-mail:.......................................................

Vzťah k pacientovi:...........................................

Odosielajúci lekár alebo zdravotnícke zariadenie:

Meno lekára: ..............................................................

Názov zariadenia:

..............................................................

Kto prevezme starostlivosť o pacienta v prípade prepustenia:

..............................................................

Je pacient PN? Áno-nie

Starobný dôchodok: Áno-nie

Invalidný dôchodok: Áno-nie

Rodina, deti:...................................................................................................................................................................................................................................................

Kontaktná osoba Hospic Palárikovo: vedúca sestra Mgr. Ivona Bartová tel. 00421 903 473146

E-mail: hospicpalarikovo@gmail.com

Adresa: ul. Slovenská 11, 941 11 Palárikovo

Telef. číslo nepretržite: 00421 903 473146

PRE LEKÁRA

Praktický lekár, u ktorého je pacient registrovaný:

Meno a priezvisko:............................................

Telefón:......................................................

Adresa:.......................................................

Odosielajúci lekár:

Meno a priezvisko:............................................

Telefón:......................................................

Adresa: ......................................................

Základné ochorenie, ktoré je dôvodom prijatia do hospicu: alebo priložiť lekársku správu:

..............................................................

Informovaný súhlas žiadateľa o pobyt v hospici – zdravotníckom zariadení

Žiadam o prijatie do Hospicu v Palárikove.

Potvrdzujem svojím podpisom, že som sa rozhodol pre hospicovú starostlivosť dobrovoľne, po dôkladnom zvážení a riadnom poučení. Som si vedomý toho, že prioritou liečby v hospici je kvalita života, nie jeho predlžovanie alebo záchrana za každú cenu. Súhlasím s tým, že v hospici mi nebudú aplikované liečebné zákroky a postupy, ktoré nemôžu zlepšiť kvalitu života.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov.

Dátum:............... Podpis žiadateľa:......................