

TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY*

ŽADATEL (NEMOCNÝ)	Jméno a příjmení, titul:	
	Datum narození:	Rodinný stav:
	Adresa trvalého pobytu:	Telefon:
	Adresa, kde požadují službu (pokud není stejná):	Jméno uvedené na zvonku: Patro:

NEJBLIŽŠÍ OSOBA ŽADATELE (osoba, kterou určil žadatel, osoba pečující)

Jméno a příjmení, titul:	Vztah k žadateli:
Adresa:	Datum narození**:
Kontaktní telefon:	E-mailová adresa:
Osoba, kterou žadatel služby pověřuje k podpisu smlouvy o terénní odlehčovací službě:	
Osoba, kterou žadatel pověřuje k běžné domluvě ohledně poskytovaných služeb:	

DALŠÍ KONTAKTNÍ OSOBA (např. další pečující – děti, rodiče, sourozenci) (nepovinný údaj)

Jméno a příjmení, titul:	Vztah k žadateli:
Adresa:	Datum narození**:
Kontaktní telefon:	E-mailová adresa:

Kde jste se o nás dozvěděli:

Povolání (i dřívější), zájmy a koníčky –nepovinný údaj

* **Odlehčovací služba** je sociální služba poskytovaná **pečovateli**. Ti pomáhají nemocnému s hygienou a umýváním, podávají jídlo a tekutiny, provází nemocného v době nepřítomnosti blízké pečující osoby.
Kompletní informace o službě najdete na: www.hospicbrno.cz

** **Datum narození** je **povinný údaj** v případě, že na tuto osobu bude **uzavírána smlouva o terénní odlehčovací službě**, která je uzavírána jako **trojstranná smlouva mezi hospicem, uživatelem služby (nemocným) a osobou pečující**. **Jinak je tento údaj nepovinný.**

Aktuální stav sebeobsluhy žadatele

- Žadatel je ležící, zcela závislý na cizí pomoci
 Žadatel je převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy
 Žadatel je chodící, schopen sebeobsluhy

Hlavní současné problémy

- Bolest
 Dušnost
 Nechutenství/nevolnost/zvracení
 Slabost, únava
- Psychické problémy (deprese, úzkost, zapomínání,)
 Kožní defekty (proleženiny, jiné otevřené rány)
 Jiné

LÉKAŘI:	ODBORNÝ LÉKAŘ:	PRAKTICKÝ LÉKAŘ:
JMÉNO:		
ADRESA:		
TELEFONNÍ KONTAKT:		

VYPLNÍ LÉKAŘ ŽADATELE

U ŽADATELE O TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBU,

PANA/PANÍ..... datum narození.....

je diagnostikováno NEVYLÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ V PRETERMINÁLNÍ ČI TERMINÁLNÍ FÁZI:

ANO – NE (zakroužkujte jednu variantu)

Je vyžadována neustálá 24-hodinová péče a z toho důvodu je také žádost o terénní odlehčovací službu indikována jako potřebná:

ANO – NE (zakroužkujte jednu variantu)

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE U NEMOCNÝCH S ONKOLOGICKOU DIAGNÓZOU:

Rozhodl u žadatele o službu onkolog, že protinádorová léčba (operace, chemoterapie, ozařování) již není indikována? ANO – NE (zakroužkujte jednu variantu)

razítko a podpis lékaře

CO SI PŘEJETE SDĚLIT O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU, CO MÁ PEČOVATEL VĚDĚT (zde je možné také uvést rizika péče, na které by si měl pečovatel při domácím pečování dát pozor) (nepovinný údaj)

.....

.....

.....

.....

Vypište vlastními slovy, co konkrétně požadujete od našich služeb, jak a s čím vám můžeme pomoci, co od nás očekáváte:

.....
.....

Jak často by měli naši pracovníci do domácnosti chodit – kolikrát týdně / kolikrát denně:

.....
.....

Jakého cíle má být poskytováním služby dosaženo:

.....
.....

Žadatel má vyřízen „Příspěvek na péči“ (nepovinný údaj) ANO

NE

O příspěvek žádáno dne:

Svým podpisem stvrzuji žádost o Terénní odlehčovací službu.

V dne

.....
Žadatel o službu*

* Případně osoba pečující, pokud žadatel není schopen podpisu.

Domácí hospic Tabita

Kontaktní osoba: sociální pracovnice

Kamenná 36, 639 00 Brno, tel.: 543 421 491, mobil: 737 073 906, fax: 543 211 060

e-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz,

podrobnější informace – popis služby a ceník naleznete na www.hospicbrno.cz

Záznam sociální pracovníce z dalšího ústního jednání se žadatelem o službu

Datum: Další upřesnění týkající se rozsahu, průběhu a osobního cíle služby Podpis: