

ŽÁDOST

O PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE SV. LUKÁŠE V OSTRAVĚ-VÝŠKOVICÍCH

Pacient			
Příjmení pacienta		Jméno, titul	
Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna	Rodné příjmení	Stav
Č. pojištěnce, liší-li se od rodného čísla	Státní příslušnost	Pobíráte příspěvek na péči? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> momentálně v řízení	
Adresa trvalého pobytu		Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm)	
Telefon domů		Povolání (i dřívější)	
Bydlím <input type="radio"/> sám Bydlím s <input type="radio"/>			

Pacient je informován o své diagnóze	<input type="radio"/> pravdivě <input type="radio"/> částečně <input type="radio"/> vůbec
Pacient je informován o své prognóze	<input type="radio"/> pravdivě <input type="radio"/> částečně <input type="radio"/> vůbec
Chce pacient o své nemoci, prognóze, situaci mluvit?	<input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> občas <input type="radio"/> ne
Přikládám „Svobodný informovaný souhlas pacienta“ – je podmínkou přijetí	

Nejbližší osoba pacienta příbuzná či jinádle určení pacienta)	
Příjmení, jméno	vztah
Adresa	Telefon ve dne / v noci
Druhá blízká osoba – příjmení, jméno, vztah, adresa, telefon	
Kdo převezme péči o pacienta po eventuálním propuštění?	

Co od Hospice očekáváte?

(zakroužkujte, eventuálně doplňte)	Pacient	Rodina	Odesílající lékař
Přechodnou paliativní péči na ošetrovatelském lůžku od - do:	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne
Terminální péči na ošetrovatelském lůžku	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne
Ubytování člena rodiny	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne
Něco dalšího:	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> ano - <input type="radio"/> ne

Lékaři

Odesílající lékař jméno, adresa	Praktický lékař jméno, adresa
telefon	telefon

Diagnózy – uveďte v pořadí podle závažnosti

Přiložte podrobnou lékařskou zprávu, je podmínkou přijetí!

Alergie	Infekce	Dieta	Kuřák <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne
---------	---------	-------	---

Další informace

V..... dne.....

.....
razítko a podpis lékaře

Poučení žadatele:

Informujeme Vás, že od data podání žádosti bude Charita Ostrava zpracovávat Vaše osobní údaje a údaje zvláštní kategorie (informace uvedené v této žádosti, včetně vyjádření lékaře). Účelem zpracovávání Vašich osobních údajů a údajů zvláštní kategorie je vedení evidence osob, kterým můžeme v budoucnu poskytovat sociální službu.

Vaše osobní údaje a údaje zvláštní kategorie budeme zpracovávat 5 let od jejich přijetí, dále pak na základě Vaší urgencye k ponechání Vaší žádosti v evidenci zájemců.

Váš souhlas se zpracováváním osobních údajů můžete kdykoli odvolat.

Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě.

Dále prohlašuji, že jsem byl v souvislosti s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 ve znění pozdějších změn a dodatků o ochraně osobních údajů informován o tom, které osobní údaje a v jakém rozsahu o mě Charita Ostrava zpracovává a rovněž jsem byl informován o svých právech, které v souvislosti s ochranou osobních údajů můžu uplatnit.

V dne

.....
podpis žadatele