

Žádost o přijetí do domácí specializované paliativní péče

ŽADATEL (nemocný)	
Příjmení:	
Jméno, titul:	
Datum narození (rodné číslo):	Zdrav. poj.:
Rodinný stav:	
Trvalý pobyt:	
Adresa požadované služby (v případě odlišné od trvalého pobytu):	

Osoba, která převeze zodpovědnost za celodenní péči o pacienta
Jméno a příjmení:
Datum narození:
Vztah k žadateli:
Adresa:
Kontaktní telefon:
E-mailová adresa:

Praktický lékař žadatele
Jméno a příjmení:
Adresa:
Kontaktní telefon:

Lékař (pracoviště) indikující domácí hospicovou péči
(v případě indikace jiným než praktickým lékařem)
Jméno (název):
Adresa:

Souhlasím s elektronickým zasíláním lékařských zpráv členům multidisciplinárního týmu Hospice svaté Hedviky ano ne

K vyplněné žádosti přiložte lékařské záznamy a zprávy žadatele.

Podle zákona č. 101/2000 Sb. a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/697 ze dne 27.dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Subjekt tímto potvrzuji, že se seznámil s informačním sdělením k ochraně osobních údajů dle GDPR, které jsou uveřejněny na stránkách www.hospicsvatehedviky.cz

V dne Podpis žadatele:

Podpis pečující osoby: