**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO PÉČE**

* **Mobilní specializovaná paliativní péče**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení (pacient):** |
| Adresa pobytu v době poskytování péče: |
| Praktický lékař: |
| Lékař indikující hospicovou péči:(lékařskou zprávu doložte) |
| Způsobilost k právním úkonům: ano ne(event. doložte potřebné dokumenty) |
| **Osoba, která celodenně pečuje o žadatele:** |
| Vztah k pacientovi: |
| Adresa: |
| Telefon:Email: |

Datum:…………………………… Podpis pacienta:……………………………………

Podpis pečující osoby:……………………………

Žádost přijal pracovník: ………………………………………………………………………

Žádost se po půl roce zařazuje jako neaktuální.