



soft palm, z.s., provozovatel hospicu Malovická, 3304/2, Praha 4, 141 00, IČ: 01327216

## Žádost o přijetí pacienta

k pobytu na hospicovém lůžku

|                                                                                                                   |                                                       |         |                                           |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|----------|
| PACIENT                                                                                                           | Titul, jméno a příjmení:                              |         | Stav:                                     |          |
|                                                                                                                   | Rodné příjmení:                                       |         | Jméno, datum a místo narození manžela/ky: |          |
|                                                                                                                   | Datum a místo narození:                               |         | Rodné číslo:                              |          |
|                                                                                                                   | Adresa trvalého bydliště (ulice, č.p., město, PSČ):   |         |                                           |          |
|                                                                                                                   | Adresa současného pobytu (je-li odlišná od trvalého): |         |                                           |          |
|                                                                                                                   | Telefon:                                              |         | Zdravotní pojišťovna:                     |          |
|                                                                                                                   | Povolání (i dřívější):                                |         |                                           |          |
| Nejbližší osoba pacienta: (příbuzná nebo jiná osoba, kterou si určil pacient a které budou poskytovány informace) |                                                       |         |                                           | PŘÍBUZNÍ |
| Jméno a příjmení:                                                                                                 |                                                       | vztah:  |                                           |          |
| Adresa:                                                                                                           |                                                       |         |                                           |          |
| Telefon:                                                                                                          |                                                       | e-mail: |                                           |          |
| Kdo převezme péči o pacienta: (v případě jeho eventuálního propuštění)                                            |                                                       |         |                                           |          |
| Jméno a příjmení:                                                                                                 |                                                       | vztah:  |                                           |          |
| Adresa:                                                                                                           |                                                       |         |                                           |          |
| Telefon:                                                                                                          |                                                       | e-mail: |                                           |          |
| LÉKAŘI                                                                                                            | PRAKTICKÝ LÉKAŘ                                       |         | ODBORNÝ NEBO ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ            |          |
|                                                                                                                   | Jméno:                                                |         | Jméno:                                    |          |
|                                                                                                                   | Adresa ordinace:                                      |         | Adresa a razítko ordinace:                |          |
|                                                                                                                   | Telefon:                                              |         | Telefon:                                  |          |
|                                                                                                                   | e-mail:                                               |         | e-mail:                                   |          |

Tel.: 220 011 020, fax 272 701 276, e-mail: [recepce@hospicmalovicka.com](mailto:recepce@hospicmalovicka.com)

