**Žádost o přijetí klienta k pobytu na hospicovém lůžku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jméno,** |  |  |  | Datum |  |
| **příjmení:** |  |  |  | narození: |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Rodné |  |  |  | Místo |  |
| příjmení: |  |  |  | narození: |  |
|  |  |  |  |
| Trvalé |  |  |  | Rodinný |  |
| bydliště: |  |  |  | stav: |  |
|  |  |  |  |
| Současná |  |  |  | Číslo |  |
| adresa: |  |  |  | telefonu: |  |
|  |  |  |  |
| **Odesílající** |  |  |  | Číslo |  |
| **lékař:** |  |  |  | telefonu: |  |
|  |  |  |  |
| **Praktický** |  |  |  | Číslo |  |
| **lékař:** |  |  |  | telefonu: |  |
|  |  |  |  |
| Adresa |  |  |  | Zdravotní |  |
| prakt. lékaře: |  |  |  |  pojišťovna: |  |
|  |  |  |  |
| Příspěvek |  |  |  | Žádost PnP |  |
| na péči: |  |  |  | podána: |  |
| **Nejbližší osoby:** | Vztah: | Kontaktní adresa: |  | Telefon, e-mail: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 Datum:

 Podpis žadatele Podpis osoby blízké Podpis a razítko lékař