

UPORABNIK

Ime in priimek	<input type="text"/>		
EMŠO	<input type="text"/>		
Stalno prebivališče	Ulica	<input type="text"/>	
	Kraj	<input type="text"/>	
	Poštna št. in kraj	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
Telefonska številka / GSM	<input type="text"/>		
Št. osebnega dokumenta	<input type="text"/>		
Organ, ki je izdal dokument	<input type="text"/>		
Kraj rojstva	<input type="text"/>		

ZAKONITI ZASTOPNIK / POOBLAŠČENA OSEBA

Zakoniti zastopnik je tisti, ki je kot tak določen z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona. Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku sprejema, premestitve oziroma odpusta iz zavoda.

Ime in priimek	<input type="text"/>		
EMŠO	<input type="text"/>		
Stalno prebivališče	Ulica	<input type="text"/>	
	Kraj	<input type="text"/>	
	Poštna št. in kraj	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
Razmerje do uporabnika	<input type="text"/>		
Telefonska številka / GSM	<input type="text"/>		
CSD, ki je izdal odločbo	<input type="text"/>		

KONTAKTNA OSEBA

Izpolnite le, če je kontaktna oseba druga kot zakoniti zastopnik oz. pooblaščenec.

Ime in priimek	<input type="text"/>		
Stalno prebivališče	Ulica	<input type="text"/>	
	Kraj	<input type="text"/>	
	Poštna št. in kraj	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
Razmerje do uporabnika	<input type="text"/>		
Telefonska številka / GSM	<input type="text"/>		

OSKRBA

Opišite kakšno in koliko pomoči rabite pri vsakdanjih opravilih in skrbi zase? (prehrana, nega, oblačenje...)
Opišite tudi, kako je s komunikacijo in hojo.

Bolnikova namestitev pred prihodom v Ljubhospic

Doma

Drugje:

NAČELA HOSPICA

- Spoštovanje življenja in sprejemanje umiranja kot naravnega dogajanja.
- Celostna oskrba bolnika, katere cilj ni podaljševanje ali skrajševanje življenja, ampak zagotavljanje čim boljše blažilne (paliativne) oskrbe, ki pripomore k izboljšanju bolnikove kakovosti življenja.
- Psihična in duhovna opora bolnikom in svojcem v težavnem procesu sprejemanja bližnje smrti.
- Zagovorništvo bolnika v spoštovanju njegovih želja, samo odločanju in dostojanstvu.
- Timski pristop do neozdravljivega bolnika in svojcev, v katerem sodelujejo vsi, ki skrbijo zanje.
- Nudenje psihosocialne podpore bolnikovim svojcem in bližnjim med boleznijo in po smrti v času žalovanja.
- Vključitev prostovoljcev v celostno obravnavno, kar prinaša novo kakovost v skrb za umirajoče.
- Program je namenjen neozdravljivo bolnim v zadnjih mesecih življenja.

IZJAVA

Izjavo podpiše uporabnik. Zgolj in izključno v primeru, da tega fizično ni sposoben, lahko izjavo podpiše zakoniti zastopnik ali pooblaščen oseba.

Spodaj podpisani/-a

izjavljam, da sem seznanjen z načeli celostne hospic paliativne oskrbe v hiši in jih v celoti sprejemam kot pogoj za pristop v celostno oskrbo v Ljubhospicu.

Kraj

Datum

Podpis