



Žádost o poskytování domácí hospicové péče

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Bydliště	
Rodinný stav	Číslo OP
Telefon (kontakt)	
Praktický lékař	Pojišťovna
Lékař (pracoviště) indikující DHP + lékařská zpráva	
Způsobilost k právním úkonům:	ANO NE
Objednaná služba: domácí hospicová péče	Cena za službu:
Osoba, která pečuje celodenně o žadatele	
Vztah ke klientovi	
Adresa	
Kontakt	

Datum.....

Podpis žadatele.....

Podpis osoby pečující.....

S přijetím klienta do domácí hospicové péče souhlasím - nesouhlasím.

Odborná zástupkyně DHP

Podpis, razítko.....