**Bližší popis činnosti žadatele v rámci projektu**

**Popište předpokládaný územní rozsah domácí hospicové péče (Uveďte názvy obcí s rozšířenou působností, jejichž obvody pokrývá Vaše nabídka služeb)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Popište, jakým způsobem zabezpečíte péči o více klientů současně (O kolik klientů lze pečovat současně a jaké jsou časové a územní limity souběžné péče)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Popište složení multidisciplinárního týmu (Uveďte jednotlivé pozice v týmu
a jejich pracovní úvazky. Popište, jak je zajištěna dostupnost jednotlivých členů týmu pro uživatele a systém výměny informací mezi nimi).**

**Uveďte úplné složení multidisciplinárního týmu a zvlášť složení týmu, který bude financován v rámci projektu.**

**Uveďte: Celkový počet úvazků v projektu:**

 **Celkový úvazků v přímé péči:**

Složení celého multidisciplinárního týmu

|  |  |
| --- | --- |
| Pozice - odbornost | Prac. poměr – přímý pracovní poměr/DPP, DPČ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Složení týmu financovaného v rámci projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pozice - odbornost | Druh péče – přímá/nepřímá | Prac. poměr – přímý pracovní poměr/DPP, DPČ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Popište spolupráci se zdravotnickými zařízeními v území, ve kterém působíte (Uveďte výčet fakticky spolupracujících zařízení i s adresou s rozlišením, zda jde o dosavadní spolupráci anebo alespoň existující dohoda o spolupráci, případně její příslib. Lze použít i samostatnou přílohu. Zdravotnickým zařízením se rozumí i samostatný praktický nebo odborný lékař)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Uveďte minimální odhad využití domácí hospicové/paliativní péče v roce 2020 (počet klientů a počet hodin péče na jednoho klienta; pokud v rámci své služby poskytujete klientům činnosti, které nezahrnujete do vykazování pro kraj, popište je a uveďte jejich odhadovaný rozsah)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| plánovaný počet klientů v roce 2020 | Počet klientů s PPS 40[[1]](#footnote-1) a níže za rok v roce 2020 | Plánovaný počet hodin přímé péče o klienty v roce 2020 |
|  |  |  |

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Uveďte, jak máte stanovenou povinnou finanční spoluúčast klientů
na poskytované péči, včetně činností, které poskytují zdravotničtí pracovníci, s výjimkou výkonů, jejichž úhradu má žadatel zajištěnou ze zdravotního pojištění**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. hodnocení pacientů na škále paliativ performance score [↑](#footnote-ref-1)