

Žádost o přijetí pacienta na následná lůžka

Telefonní číslo na sociální pracovníci: 602 459 545, FAX +420 233 324 269

Identifikace žadatele (oprávněné osoby)	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Adresa	
Pojišťovna	
Telefonní číslo	
Datum podání	

Kontakt na příbuzné	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Telefonní číslo	
Email	

Zvolte druh následné péče:	
<input type="checkbox"/>	Ústavní následná péče – Oš. Den 0024 – Odbornost 9U7
<input type="checkbox"/>	Dlouhodobá ústav. lůž. rehabilitační péče – Oš. Den 0022 – Odbornost 2U1 Schváleno revizním lékařem ZP ode dne: + kopie přílohou
<input type="checkbox"/>	Ústavní péče na ošetřovatelském lůžku – Oš. Den 00005 – Odbornost 9H9

Diagnóza slovně	
Pravidelné léky pacienta	

Pokud odesílající zařízení indikuje dodatečná vyšetření nebo speciální laboratorní vyšetření, která jsou agregovanými výkony, musí pacienta vybavit žádankami.

Lékař (razítko + podpis)	
Zdravotnické zařízení	

Sociální pracovník	
Jméno a příjmení	
Pracoviště	
Telefonní číslo	
Email	

Informace o pacientovi	
Dieta číslo	
Množství stravy	<input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 100 %
Pohyblivost	<input type="checkbox"/> Plná <input type="checkbox"/> Částečná <input type="checkbox"/> Imobilní

Soběstačnost	<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> Částečná	<input type="checkbox"/> Nesoběstačný
Inkontinence	<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> Částečná	<input type="checkbox"/> Inkontinentní
	<input type="checkbox"/> Stolice	<input type="checkbox"/> Moči	<input type="checkbox"/> Zavedený katétr dne:
Psychický stav			
Hmotnost pacienta			
Je ztráta na váze?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano	Kolik kg
Kompenzační pomůcky			
Defekty			

Žádost do jiného zařízení podobného typu	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Datum podání:	Místo:
Žádost do domova důchodců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
	Datum podání:	Místo:
Spolupráce s rodinou (slovně)		
Důvod umístění v zařízení následné péče		

Při přijetí z domácí péče přiložit zprávu od praktického lékaře, pokud je prováděna u pacienta Home Care služba, přiložit sesterskou zprávu (ošetřující plán péče).

Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož pacient bude propuštěn po zhojení, či stabilizaci zdravotního stavu.

Souhlas s hospitalizací na lůžkách následné péče	
Podpis pacienta	
Podpis příbuzných	