

Žádost o přijetí pacienta na ošetřovatelská lůžka

Sociální pracovnice pí. Bc. Julie Horáčková

318 541 515, horackova@naplesi.cz, 739 070 239

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

Kontakt na příbuzné (zmocněnce)	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Telefonní číslo	
Email	

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 (oddělení)	

Sociální pracovník	
Jméno a příjmení	
Pracoviště	
Telefonní číslo	
Email	

Informace o pacientovi	
Číslo diety	
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"/> Stolicí <input type="checkbox"/> Moči Katétr zavedený dne:
Psychický stav	
Hmotnost pacienta kg Ztráta na váze: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO - počet kg
Kompenzační pomůcky	
Defekty	

Žádost do jiného zařízení (podobného typu)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: Datum podání: Místo:
Žádost do domova důchodců	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: Datum podání: Místo:
Spolupráce s rodinou	
Důvod umístění v zařízení	
Pobírá příspěvky pro OZP (PnP)?	

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

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

Souhlas hospitalizací na lůžkách Nemocnice Na Pleši s. r. o.	
Podpis pacienta	
Podpis zmocněnce	