

NÁVRH NA PŘIJETÍ NA LŮŽKO NÁSLEDNÉ PÉČE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

BYDLIŠTĚ:

POJIŠŤOVNA:

RODNÉ ČÍSLO:

Mobilita	Samostatně bez pomoci	Samostatně po pokoji	Nutný doprovod	chodítko	Invalidní vozík	imobilní
Najedení	samostatně	neprovede	S pomocí	Příjem p.o.	Příjem PEG	NSG sonda
Poruchy sluchu	ne	ano				
Porucha paměti	orientován	Zmatený, klidný	Zmatený neklidný			
Kontinence moči	Plně kontinentní	Občas inkontinentní	Trvale inkontinentví	PMK	Epicystostomie	
Kontinence stolice	Plně kontinentní	Občas inkontinentní	Trvale inkontinentví	Stomie		
Dekubity	ne	ano	Kde:	Kolik:	Stupeň:	

T.č. u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě či jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do následné péče.

DIAGNÓZA: - přiložit lékařskou zprávu

DIETA:

DETENČNÍ ŘÍZENÍ ZAHÁJENO: Ano – datum: Ne

DATUM:

NAVRHUJÍCÍ LÉKAŘ (jméno, pracoviště, razítko, telefon)

NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÝ, ZNÁMÝ:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ:

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI: Ano – stupeň: Ne

DŮCHOD: Ano – splatnost Ne

ŽÁDOST DO SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ: Ano – kam: Ne

ŽÁDÁM: 2 lůžkový pokoj 300,-Kč/lůžko/den 4-5-ti lůžkový pokoj 100,-Kč/lůžko/den
/platby se vybírají zálohově/

Svým podpisem potvrzuji, že souhlasím s použitím veškerých mých osobních údajů výše uvedených, včetně relevantních lékařských zpráv, a to pro účely zajištění lůžka následné péče. Tento souhlas je zcela dobrovolný a lze jej kdykoliv odvolat.

.....
Podpis pacienta

.....
Podpis zdravotně sociální pracovnice
(jméno, kontakt)