



Žádost o přijetí na lůžkové oddělení následné péče

Osobní údaje:

Příjmení:..... Jméno:.....
Rodné jméno:..... RČ:...../
Zdravotní pojišťovna:..... Rodinný stav:.....
Ulice:..... číslo:..... obec:.....
PSČ:..... Telefon:..... e-mail:.....
Byl/a jsem zde již hospitalizován/a: NE ANO/rok:

Nejblížejší kontaktní osoba:

Příjmení:..... Jméno:.....
Ulice:..... číslo:..... obec:.....
PSČ:..... Telefon:..... e-mail:.....
Heslo pro komunikaci blízké osoby se zdravotnickým zařízením:.....

Vyplní pacient:

Termín nástupu do nemocnice:

Název nemocnice:

Operace: TEP koleno TEP kyčel páteř jiná:.....

Alergie:

Držíte dietu? NE ANO/jakou?.....

Používáte hůl, FH, chodítka nebo jinou pomůcku? NE ANO

Máte potíže s močením – inkontinence, stomie, aj. NE ANO/:.....

Máte potíže se stolicí – inkontinence, stomie, aj. NE ANO/:.....

Žijete sám/a nebo s někým ve společné domácnosti?

Máte podanou žádost do některého sociál. zařízení(domov pro seniory, aj) NE ANO

Dochází k Vám pečovatelská služba nebo zdravotní domácí péče? NE ANO

Prohlášení žadatele či blízké osoby:

Jsem si vědom/a, že žádám o přijetí do ZZ, odkud budu po skončení léčby – pominou-li důvody k pobytu (buď zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu či stav již nevyžaduje lékařskou ústavní péči) propuštěn, resp. se zavazuji zajistit, aby se měl kam žadatel vrátit (tj. do místa svého bydliště, ke své rodině, event. soc. zařízení, aj.). Sdělením osobních údajů (včetně údajů blízké osoby) dávám souhlas ke komunikaci ZZ se mnou či osobou blízkou. S ohledem na různou dobu léčby ostatních klientů nelze zcela zaručit rezervovaný pokoj. Děkujeme za pochopení.

Podpis:.....

NEVYPLŇUJE KLIENT!!!
Před plánovanou hospitalizací – vyplní praktický lékař:

Stručná osobní anamnéza:

Současná chronická medikace:

Datum:

Podpis lékaře, razítko:

Při hospitalizaci– vyplní zdravotně-sociální pracovník nebo oddělení:

| | |
|---|---------------|
| Nají se pacient/ka sám/a ? | NE ANO |
| S asistencí? | NE ANO |
| Drží pacient dietu? | NE ANO/jakou: |
| Dojde si sám/a na toaletu? | NE ANO |
| S doprovodem? | NE ANO |
| Je schopen/a přesunu lůžko – židle sám? | NE ANO |
| Je schopen přesunu lůžko – židle s pomocí? | NE ANO |
| Pohybuje se sám mimo lůžko? | NE ANO |
| S doprovodem? | NE ANO |
| Zvládá osobní hygienu? | NE ANO |
| S asistencí? | NE ANO |
| Používá nějakou kompenzační pomůcku? (pokud ano, jakou) | NE ANO |
| Má poruchy paměti nebo orientace? | NE ANO |
| Trpí noční zmateností? | NE ANO |
| Trpí závažnou smyslovou poruchou? (pokud ano, jakou) | NE ANO |
| Má problémy s močením? (pokud ano, jaké) | NE ANO |
| Má problémy se stolicí? (pokud ano, jaké) | NE ANO |
| Má v místě bydliště zavedenou pečovatelskou službu nebo DP? | NE ANO |
| Má podanou žádost do sociálního zařízení? | NE ANO |

Datum:

Vyplnil:

Tel: