Žádost o přijetí pacienta na následná lůžka

Telefonní číslo na sociální pracovnici: 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:	
□	Ústavní následná péče – Oš. Den 0024 – Odbornost 9U7
□	Dlouhodobá ústav. lůž. rehabilitační péče – Oš. Den 0022 – Odbornost 2U1 Schváleno revizním lékařem ZP ode dne: **+ kopie přílohou**

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			
Dieta číslo			
Množství stravy	☐ 25 %	☐ 50 %	☐ 75 % ☐ 100 %
Pohyblivost	☐ Plná	☐ Částečná	☐ Imobilní
Soběstačnost	☐ Plná	☐ Částečná	☐ Nesoběstačný
Inkontinence	☐ Plná ☐ Stolice Zavedený katétr dne:	☐ Částečná ☐ Moči	☐ Inkontinetntní
Psychický stav			
Hmotnost pacienta			
Byla v poslední době ztráta na váze?	☐ Ne	☐ Ano	Kolik …… kg
Kompenzační pomůcky			
Defekty			

Žádost do jiného zařízení podobného typu	☐ Ano Datum podání:	☐ Ne Místo:
Žádost do domova důchodců	☐ Ano Datum podání:	☐ Ne Místo:
Spolupráce s rodinou		
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	