



Nemocnice Třebotov

Žádost o přijetí na lůžka následné péče Nemocnice Třebotov

E-mail: socialni@nemocnice-trebotov.cz

Tel: 257 899 941; 731 445 459 Fax: 257 899 936

Jméno a příjmení: Rodné číslo:

Trvalé bydliště (vč. PSČ):

Zdrav.pojišťovna:Jméno praktického lékaře:.....

Nejbližší příbuzný/známý (jméno, vztah k pacientovi, adresa,telefon):

.....

Finanční zajištění: důchod: ano ne dávky HN: ano ne jiné.....

Má podanou žádost o umístění do sociálního zařízení? ano ne

Pokud ano, kam?

Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu nemocného. Po jeho stabilizaci je hospitalizace ukončena a pacient se vrací do domácího ošetření, nebo do předem zajištěného sociálního zařízení.

Kam bude po léčbě propuštěn:

K přijetí je nutno vzít s sebou občanský průkaz a kartičku pojištěnce zdravotní pojišťovny!

Informace o pacientovi (zakroužkujte správný údaj):

1.) Nají se sám? ano ne

PEG NGS

2.) Pohybuje se mimo lůžko ? ano ne

3.) Je nutný doprovod při chůzi? ano ne

Používá:

Vysoké chodítko

Franc. hole, berle

Nízké chodítko

Vycházkovou hůl

Vozík

4.) Inkontinence moči ano ne

5.) Inkontinence stolice ano ne

6.) Používá toaletní křeslo? ano ne

7.) Zvládá osobní hygienu sám? ano ne

8.) Stavby zmatenosti? ano ne

9.) Specifické potřeby (léčba kyslíkem, inhalace, dialyzační program, jazyková bariéra, těžké smyslové postižení, stomie atd.)

Pacient souhlasí s přijetím k léčebnému pobytu. (podpis pacienta).....

Pokud vyřizuje žádost sociální pracovnice, kontakt:

Zdravotní indikace k přijetí, DIAGNÓZA HLAVNÍ (vyplní ošetřující lékař nebo přiloží lékařskou zprávu):

Hmotnost pacienta:

Dekubity, ulcerace:

MRSA ANO NE

Jiné infekce.....

Imunosuprese ANO NE

Očkování proti pneumokoku: ANO (datum a vakcína).....

NE není známo

Alergie (lékové, potravinové i jiné):

Terapie:

Dieta:

Prohlášení: u nemocného t.č. neprobíhá infekční onemocnění (střevní, TBC, kožní) neuvedené výše, netrpí duševní chorobou s projevy neklidu a jednáním nebezpečným sobě nebo okolí, ani jiným onemocněním, které by bylo kontraindikací k přijetí na lůžka následné péče.

Dne:

Razítko s IČP zdravotnického zařízení a podpis lékaře: tel.: