

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Jméno a příjmení:	Číslo OP:
Rodné číslo:	Kód zdrav.pojišťovny:
Bydliště:	

Praktický lékař (adresa):
Hospitalizace v předchozích dvou měsících (zařízení, oddělení):
Odesílací zařízení, oddělení:
Důvod žádosti o přijetí k hospitalizaci:
Byl pacient v posledních třech měsících ve styku s nakažlivými nemocemi (např. MRSA): ano ne

Psychický stav pacienta:	▪ orientovaný	▪ částečně orientovaný	▪ dezorientovaný
Pohyblivost:	▪ mobilní	▪ mobilní s pomocí	▪ imobilní
Sebeobsluha:	▪ nezávislý	▪ s pomocí	▪ zcela závislý na péči
Řeč, komunikace:	▪ běžná	▪ omezená	▪ nemožná
Inkontinence:	▪ kontinentní	▪ částečně inkontinentní	▪ inkontinentní
Integrita kůže:	▪ neporušená	▪ porušená – specifikujte	
Tělní vstupy:	▪ fyziologické	▪ kolostomie	▪ močový katetr
	▪ tracheostomie	▪ PEG	▪ NG sonda
	▪ jiné - specifikujte		

Vyberte z výše uvedených možností podtržením.

Pacientův stav neumožňuje účinnou ambulantní formu léčby a rehabilitace. Od hospitalizace lze očekávat stabilizaci somatického stavu, zmírnění obtíží, zlepšení sebeobsluhy nebo pohyblivosti, a tím umožnění návratu do přirozeného prostředí.

K žádosti doložte zprávu o aktuálním zdravotním stavu a medikaci!

datum

razítko a podpis odesílatěho lékaře

Sociální část :

Místo posledního pobytu pacienta:
Bytové podmínky (s kým bydlí, schody, výtah):
Podána žádost do sociálního zařízení (např. domova pro seniory): ▪ ne ▪ ano – uveďte název zařízení a datum podání žádosti
Příspěvek na péči: ▪ nepřiznán ▪ v řízení ▪ přiznán ve výši - uveďte
Kontaktní osoba: ▪ Jméno: ▪ Vztah k pacientovi: ▪ Tel.č.: ▪ Email:

Závazné prohlášení pacienta nebo příbuzných:

Jsme si vědomi, že žádáme o umístění do zdravotnického, nikoliv sociálního zařízení. Po této dočasné hospitalizaci bude pacient propuštěn do domácí péče nebo přeložen do sociálního zařízení.

datum

podpis pacienta (příbuzných)