

Žádost o přijetí na oddělení ošetrovatelské péče
tel. 558 769 223

Žádost o přijetí na oddělení následné péče s RHB zaměřením
tel. 558 769 288

Příjmení a jméno _____

Rodné číslo _____

Zdrav.poj. _____

Bydliště _____

Tel.č. _____

Nejbližší příbuzný _____

Tel.č _____

Obvodní lékař _____

Odesílající _____

z oddělení _____

z domu _____

Hlavní dg. - důvod hospitalizace _____

Vedlejší dg. _____

Medikace _____

Duševní stav

- spolupracuje
 apatický
 zmatený
 agresivní

Soběstačnost

Pohybová

- chodící
 s dopomocí
 imobilní

v hyg.péči

- samostatný
 částečné
 nesamostatný

při jídle

- samostatný
 s pomocí
 krmen
 sonda

Inkontinence

- moč
 stolice

Dekubity

- ne
 ano _____

Datum: _____

_____ Razítko a podpis odesílajícího lékaře

Prohlášení nemocného, event. příbuzných

Nemocný souhlasí s přijetím na oddělení. Bere na vědomí, že pobyt na tomto oddělení je dočasný (maximálně tři měsíce).

UPOZORNĚNÍ: je žádoucí, aby klient před nástupem hospitalizace měl zajištěné své finanční prostředky (tj. důchod, platby inkasa) např. formou zřízení zvláštního příjemce důchodu (sepisuje MěÚ-odb.soc.věcí) nebo zřízení vlastního účtu.

Nemocnice důchody přijímá jen ve výjimečných případech

Pozn. Písemně, prosím, odesílejte na výše uvedenou adresu.