



## Žádost o přijetí na lůžkové oddělení následné péče

### Osobní údaje:

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

### Nejbližší kontaktní osoba:

Příjmení:..... Jméno:.....vztah:.....  
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, **dobu pobytu určuje ošetřující lékař zde** a odkud budu po skončení léčby – pomínou-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: