

# ŽÁDOST O HOSPITALIZACI

## ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE / ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ NÁSLEDNÉ PÉČE

Poskytovatel služby: Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o., tel:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Odesílající zařízení:

---

Základní anamnéza:

Objektivní nález:

Terapie:

Diagnostické závěry:

Duševní stav, možnost kontaktu s pacientem, rozsah fatických poruch:

Chůze schopen	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> ne
Posadí se	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> ne
Obslouží se	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne
Inkontinence	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> PMK	<input type="checkbox"/> ne
Dekubitus a jeho rozsah	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne
PEG (NGS)	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne
TS	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne

Zdůvodnění odesílajícího lékaře, proč navrhuje přijetí do ONP/ODNP:

Sociální šetření (vyplní lékař nebo sociální pracovníce odesílajícího zařízení):  ano  ne  
 zahájeno

Datum vyplnění žádosti: .....

.....  
Jmenovka a podpis lékaře

Vyplňuje sociální pracovníce:

Podána žádost do domova pro seniory, popř. jiného zařízení následné péče:  ano  ne

kdy:

kam:

**Závazné prohlášení osob blízkých: Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (zhojení či stabilizaci zdravotního stavu, kdy dalším pobytem nebude možné docílit zlepšení zdravotního stavu), bude nemocný propuštěn do domácí péče.**

Adresa osoby blízké včetně telefonu:

Jméno a adresa praktického lékaře:

Kdo převezme péči o klienta po propuštění:

**Svobodný a informovaný souhlas pacienta / osoby blízké\*:**

Souhlasím s umístěním na oddělení následné péče/oddělení dlouhodobé následné péče Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. a potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem hospitalizace a charakterem zařízení.

Datum: .....

.....

Podpis pacienta / osoby blízké \*  
(eventuelně příbuzných pokud není schopen podpisu)

Umístění pacienta na:  ONP  
 ODNP

Datum: .....

.....  
Jmenovka a podpis sociální pracovníce

\* nehodící se škrtněte