



## **Sv. Alžběta Na Slupi, s.r.o.**

Na Slupi 448/6

128 00 Praha 2

IČ: 075 79 969

### **Žádost o umístění pacienta do nemocnice Sv. Alžběty Na Slupi s.r.o.**

**Kontaktní osoby:** hlavní sestra – Mgr. Marcela Tomanová: **221 969 389, 770 119 233**

vrchní sestra – Jaroslava Březinová: **221 969 384, 770 119 233**

**E mail pro příjem žádostí:** [zadosti@alzbetansa.cz](mailto:zadosti@alzbetansa.cz)

**Fax:** 224 921 899

**Následná ošetrovatelská lůžka  
(Léčebna dlouhodobě nemocných)**

**ODESÍLAJÍCÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ** (název, oddělení): .....

.....

**Kontaktní osoba**, vč. telefonu:.....

#### **PACIENT:**

**Jméno a příjmení:**..... **RČ:** ..... **ZP:** .....

**Trvalé bydliště:** .....

**Kontaktní osoba:**..... **Příbuzenský poměr:** .....

**Bydliště:** ..... **Telefon:** .....

**Další kontaktní údaje:** .....

**Jméno a adresa praktického lékaře:** .....

#### **Pro přijetí na lůžko je, prosím, nutné si vzít s sebou:**

doklady (občanský průkaz, kartu zdravotní pojišťovny), kontaktní údaje na osoby blízké, věci osobní hygieny (kartáček na zuby a zubní pastu, prostředky na ošetřování a skladování zubních protéz, mýdlo, šampón, ručník, hřeben, toaletní papír, holicí potřeby...), pyžamo, župan, vhodnou obuv s pevnou patou, léky které pravidelně užíváte (léky, injekce, kapky, masti), protetické a ortopedické pomůcky (protézy, ortézy, invalidní vozík, hole, brýle, naslouchadlo, zubní protézy apod.), inkontinentní pomůcky (plenkové kalhotky, inko vložky). Děkujeme.

**POPLATKY ZA UBYTOVACÍ SLUŽBY**

**Lůžko na pokoji typu Nadstandard**       1- lůžkový pokoj 800 Kč / den  
 2- lůžkový pokoj 600 Kč / den

**Lůžko na pokoji typu Standard+**       3- lůžkový pokoj 250 Kč / den

**Lůžko na pokoji typu Standard**       3- lůžkový pokoj 200 Kč / den  
 5- lůžkový pokoj 150 Kč / den

\* vyberte možnost/ i pokoje

**Hospitalizace v nemocnici Sv. Alžběty Na Slupi s.r.o. nenahrazuje pobyt v zařízení sociálních služeb.**

**Informace o způsobu úhrady za ubytovací služby jsou uvedeny v Ceníku ubytovacích služeb.**

**Prohlašuji, že jsem byl informován o poplatcích za ubytovací služby.**

Pacient má možnost úschovy peněz a cenností v nemocničním trezoru. Za cennosti a finanční obnos, které si pacient během hospitalizace ponechá u sebe, si ručí sám.

**SOUHLASÍM S PŘIJETÍM K DOČASNÉMU LÉČEBNÉMU POBYTU NA LŮŽKA NÁSLEDNÉ PÉČE:**

.....

.....

Datum

Podpis pacienta/ opatrovníka

<b>INFORMACE O ŽADATELI (zaškrtněte správný údaj)</b>				
1.	Nají se	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
		krměn	ano	ne
2.	Posadí se na lůžku	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
		neprovede	ano	ne
3.	Pohybuje se mimo lůžko	sám	ano	ne
		s doprovodem	ano	ne
		neprovede	ano	ne
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
		neprovede	ano	ne

5.	Používá hůl / berle / chodítka (event.vzít sebou)	ano	ne
6.	Pohybuje se na vozíku (event.vzít sebou)	ano	ne
7.	Trpí nespavostí	ano	ne
8.	Má poruchy paměti a orientace	ano	ne
9.	Má stavy noční zmatenosti	ano	ne
10.	Inkontinence moči	ano	ne
11.	Má zavedený PMK	ano	ne
12.	Inkontinence stolice	ano	ne
13.	Používá plenkové kalhotky / vložky	ano	ne
14.	Má poruchy sluchy / nedoslýchavost / hluchota	ano	ne
15.	Používá sluchadlo (vzít sebou)	ano	ne
16.	Je schopen verbální komunikace	ano	ne
17.	Má dekubity / jiné kožní defekty	ano	ne
18.	PEG / nazogastrická sonda	ano	ne
19.	Tracheostomie	ano	ne
20.	Stomie	ano	ne
21.	Oxygenoterapie, inhalační terapie	ano	ne
22.	Provedeno sociální šetření, důležité informace:	ano	ne
23.	Podané žádosti do následných sociálních zařízení (adresa, datum podání).	ano	ne

**Zdravotní indikace k přijetí na lůžka následné péče (vyplní ošetřující lékař)**

(lze uvést v Epikríze)

**Terapie (vyplní ošetřující lékař)**

(lze uvést v Epikríze)

**Prohlášení:** u nemocné/ho neprobíhá t.č. infekční onemocnění (střevní, TBC, kožní, aj.), nemocný/á netrpí duševní poruchou s projevy výrazného neklidu a jednáním, nebezpečným sobě a okolí.

K přijetí překladem od jiného PZS je zapotřebí poskytnou lékařskou a ošetrovatelskou překladovou zprávu.

Při přijetí z domácí péče je zapotřebí výpis ze zdravotní dokumentace od PL, případně sesterskou zprávu při již zavedené službě Home Care

Jméno kontaktní osoby	Telefon	Podpis	Datum