

Žádost o umístění pacienta do Nemocnice Sv. Alžběty Na Slupi s.r.o.

Kontaktní osoby: hlavní sestra – Mgr. Marcela Tomanová: **tel.: 221 969 389, 770 119 233**
E mail pro příjem žádostí: zadosti@alzbeta.cz **Fax: 224 921 899**

**Následná ošetřovatelská lůžka
(Oddělení dlouhodobé péče)**

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.

INFORMACE O ŽADATELI (zaškrtněte správný údaj)				
1.	Nají se, dieta č.:	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
		krmen	ano	ne
		<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/>
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
		<input type="checkbox"/> hůl	<input type="checkbox"/> berle	<input type="checkbox"/>
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
		neprovede	ano	ne
5.	Vyprazdňování: <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky moč: stolice:	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní	<input type="checkbox"/> PMK
		<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní	<input type="checkbox"/> STOMIE
6.	Dekubity	<input type="checkbox"/> ano, stupeň	<input type="checkbox"/> lokalizace	<input type="checkbox"/> ne
7.	Orientace	<input type="checkbox"/> orientovaný	<input type="checkbox"/> částečně orientovaný	<input type="checkbox"/> dezorientovaný
8.	Trpí nespavostí		ano	ne
9.	Má stavy noční zmatenosti		ano	ne
10.	Má poruchy sluchy / nedoslýchavost / hluchota		ano	ne
11.	Používá sluchadlo (vzít sebou)		ano	ne
12.	Je schopen verbální komunikace		ano	ne
13.	Tracheostomie		ano	ne
14.	Oxygenoterapie, inhalační terapie		ano	ne
15.	Provedeno sociální šetření, důležité informace:		ano	ne
16.	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

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 poplatecích 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

Jméno kontaktní osoby	Telefon	Podpis	Datum