



Nemocnice sv. Alžběty, s.r.o.

Na Slupi 448/6
128 00 Praha 2

Žádost o umístění pacienta do Nemocnice svaté Alžběty

Telefon (Vrchní sestra Karin Grégrová) : 775 863 157, Fax: 224 921 899

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

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

Trvalé bydliště:

Príspevek na péči: ANO, Kč.: NE – žádost podána datum:

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

Bydliště: **Telefon:**

Další kontaktní údaje:

Jméno a adresa praktického lékaře:

Cíl hospitalizace:

K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny, občanský průkaz, základní hygienické potřeby, pohodlné boty s pevnou patou.

SOUHLASÍM S PŘIJETÍM K LÉČEBNÉMU DOČASNÉMU POBYTU DO LDN:

.....

.....

Datum

Podpis pacienta

Informace o žadateli (zaškrtněte správný údaj)				
1.	Nají se	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
2.	Posadí se na lůžku	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
3.	Pohybuje se mimo lůžko	sám	ano	ne
		s doprovodem	ano	ne
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
5.	Používá hůl / berle / chodítko (event. vzít s sebou)		ano	ne
6.	Pohybuje se na vozíku (event. vzít s sebou)		ano	ne
7.	Trpí nespavostí		ano	ne
8.	Má poruchy paměti a orientaci		ano	ne
9.	Má stavy noční zmatenosti		ano	ne
10.	Pomočuje se		ano	ne
11.	Má zavedený permanentní močový katetr		ano	ne
12.	Udrží stolicí		ano	ne
13.	Používá plenkové kalhotky / vložky		ano	ne
14.	Má poruchu sluchu / nedoslýchá		ano	ne

15.	Používá sluchadlo (vzít s sebou)		ano	ne
16.	Je schopen/a slovní komunikace		ano	ne
17.	Je schopen/a písemné komunikace		ano	ne
18.	Má dekubity / jiné kožní defekty		ano	ne
19.	PEG		ano	ne
20.	Tracheostomie		ano	ne
21.	Jiné stomie		ano	ne
22.	Bylo provedeno šetření sociální pracovníci ÚVN Důležité informace:		ano	ne
23.	Má podanou žádost do domova pro seniory, na oddělení sociální péče nebo do jiného zdravotnického zařízení (uvést adresu a datum podání)		ano	ne

Zdravotní indikace k přijetí do LDN, NOL, NRL (vyplní ošetřující lékař)

Terapie (vyplní ošetřující lékař)

Vyjádření fyzioterapeuta: Jmenovka, podpis	
--	--

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

K přijetí překladem od jiného PZS je zapotřebí poskytnout 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.

Žádost podává oddělení ÚVN / jiné ZZ/ praktický lékař pro dospělé *:			
Jméno kontaktní osoby	Podpis	Telefon	Datum
Žádost přijal:			
Jméno	Podpis	Datum	Stav žádosti

Poznámky: * nehodící se škrtněte