

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO LDN

GAUDIUM Frýdek-Místek, s.r.o.

P A C I E N T	Příjmení:	Jméno, titul:		
	Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:		
	Povolání (i dřívější):			
	Adresa trvalého bydliště:	PSČ		
	Telefon:			
	e-mail:			
Prohlášení: Jsme si vědomi toho, že žádáme dočasnou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (buď zhojením, nebo stabilizací onemocnění, kdy již nebude možné dalším pobytem v LDN docílit podstatného zlepšení stavu) bude pacient propuštěn. Prohlašuji, že po propuštění převezmu tohoto pacienta a zajistím další péči o něj, zejména jeho ubytování a výživu.				
..... Podpis nemocného a příbuzných				
NEJBLIŽŠÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná, nebo jiná, kterou určil pacient)				
Jméno a příjmení:	Vztah:			
Adresa:	Tel.:	e-mail:		
PSČ	Podpis:			
Jméno a příjmení:	Vztah:			
Adresa:	Tel.:	e-mail:		
PSČ	Podpis:			
Jméno a příjmení:	Vztah:			
Adresa:	Tel.:	e-mail:		
PSČ	Podpis:			
KDO PŘEVEZME PÉČI O PACIENTA PO PROPUŠTĚNÍ (není-li shodná s nejbližší osobou)				
Jméno a příjmení:	Vztah:			
Adresa:	Tel.:	e-mail:		
PSČ	Podpis:			
LÉKAŘI	ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ		PRAKTICKÝ LÉKAŘ	
	Jméno:		Jméno:	
	Adresa:		Adresa:	
	Tel.:		Tel.:	

P Ř Í B U Z N Í

Diagnózy - uveďte priority podle závažnosti příznaků, event. přiložte propouštěcí zprávu:

Důvod hospitalizace v LDN:

Dosavadní a současná terapie - vypište přesně, včetně dávkování
(pokud není uvedeno v propouštěcí zprávě)

Znamé alergie:

Dieta:

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Vážné postižení kůže (proleženiny, bércové vředy, ekzémy apod.):

Kde a v jakém stavu?

Označte platnou variantu

Schopnost chůze:	ano <input type="checkbox"/>	částečně s dopomocí <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
Potřeba dopomoci při:	jídle <input type="checkbox"/>	hygieně <input type="checkbox"/>	oblékání <input type="checkbox"/>	jiné: <input type="checkbox"/>
Používá pomůcky:	berle <input type="checkbox"/>	invalidní vozík <input type="checkbox"/>	jiné - které: <input type="checkbox"/>	
Inkontinence: moč:	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	stolice: ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

Anamnéza sociální:
(Kolik dětí, kde teď bydlí)

Zdravotní domácí péče: zavedena - která: _____ / nezavedena

Žádost do domova důchodců: podána / nepodána Pečovatelská služba: zavedena / nezavedena

V dne

.....
razítko a podpis lékaře

Žádost zašlete do:
GAUDIUM Frýdek-Místek, s.r.o. Revoluční 1282, 738 01 Frýdek-Místek
☎ 558 628 150 • 558 630 327 • 723 706 016
www.gaudium-fm.cz

Všechny Vámi podané informace jsou důvěrné a jsou součástí lékařského tajemství.