

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO CENTRA NÁSLEDNÉ PÉČE



sociální pracovnice, tel.: 517 315 947 / 979

<b>Jméno a příjmení:</b> <b>rodné číslo:</b> <b>bydliště:</b>	<b>zdravotní pojišťovna:</b> <b>odesílající zařízení:</b>
---	--

<b>Diagnostické závěry:</b>		
<b>Podávané léky:</b>		
<b>Důvod hospitalizace v CNP:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Nácvik soběstačnosti</li><li>● Paliativní péče</li><li>● Ošetrovatelská péče</li><li>● jiné:.....</li></ul>	<b>Důležité informace:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● PEG</li><li>● NSG sonda</li><li>● Stomie</li><li>● Potřeba kyslíku</li><li>● Dialýza</li><li>● Nutnost ZHR!</li></ul>	<b>Dieta:</b> <b>Inkontinence:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● ano - PMK / ink.pom.</li><li>● ne</li></ul>
<b>Mobilita:</b> Schopen chůze <ul style="list-style-type: none"><li>● ano</li><li>● s pomocí</li><li>● ne</li></ul>	<b>Obslouží se</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● ano</li><li>● s pomocí</li><li>● ne</li></ul>	<b>Dekubity:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● ano – popište:</li><li>● ne</li></ul>
<b>Duševní stav:</b>		

**Závazné prohlášení příbuzných:** 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.

Jméno a příjmení	Vztah k žadateli	Adresa trv. pobytu	Telefon

**Svobodný a informovaný souhlas pacienta:** Souhlasím s umístěním do Centra následné péče a potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem hospitalizace a charakterem zařízení.

**Podpis pacienta** (event. příbuzných pokud není schopen podpisu):.....

Datum vyplnění žádosti:

.....

podpis a razítko lékaře

Žádost evidována dne:	Datum přijetí do CNP:
Jiné:	