

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH**  
sociální pracovnice – tel.: 517 315 437

Jméno a příjmení :	rodné číslo:		
Bydliště :	zdravotní pojišťovna:		
Odesílající zařízení:			
Diagnostické závěry :			
Podávané léky :			
Důvod hospitalizace na ODN :			
Mobilita : schopen chůze	ano	s pomocí	ne
obslouží se	ano	s pomocí	ne
inkontinence	ano		ne
dekubity	ano		ne
Duševní stav :			

**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.**

**Adresa nejbližšího příbuzného :**

**telefon:**

**Svobodný a informovaný souhlas pacienta :**

Souhlasím s umístěním na Oddělení dlouhodobě nemocných a potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem hospitalizace a charakterem zařízení.

Podpis pacienta( eventuelně příbuzných pokud není schopen podpisu).

.....

Datum vyplnění žádosti:

podpis a razítko lékaře

.....

Žádost evidována dne :

Datum přijetí na ODN:

Jiné :