

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO CENTRA NÁSLEDNÉ PÉČE

sociální pracovnice, tel.: 517 315 947 / 979

Jméno a příjmení:	zdravotní pojišťovna:
rodné číslo:	odesílající zařízení:
bydliště:	

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

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:	