****

**Žádost o přijetí na NIP**

Nemocnice sv. Zdislavy, a.s., Mostiště 93, 594 01 Velké Meziříčí,

tel. odd. NIP: 566 512 346 - 349

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení, jméno, titul |  |
| Rodné číslo |  |
| Bydliště |  |
| Pojišťovna |  |
| Praktický lékař + kontakt na lékaře |  |

|  |
| --- |
| **Sociální situace:**  |
| Příjmení, jméno, adresa nejbližšího příbuzného:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příspěvek na péči | ANO x NE | Výše: |
| Starobní/invalidní důchod | ANO x NE | Výše: |
| Detenční řízení | ANO x NE | Soud + kontakt |
| PN | ANO x NE | Číslo: |

|  |
| --- |
| **Přehled hospitalizací v daném roce** (akutní péče, NIP, DIOP) |
| Od - Do |
|  |

|  |
| --- |
| **Zdravotní stav** |
| Poslední hospitalizace:  | kdy | kde |
| Diagnozy: |
| Poslední terapie (u hospitalizovaných pacientů vč. ATB, infusí, i.m., i.v. terapie): |

|  |
| --- |
| **Funkční stav** |
| Mobilita: | LežícíChodící s doprovodemChodící s pomůckamiChodící bez doprovodu | Ventilace/tracheostomie: |
| Dekubity, op. rány:Hmotnost pacienta: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Souhlas rodiny s překladem: | ano | ne |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Souhlas pacienta při vědomí s překladem: | ano | ne |

|  |
| --- |
| **Překlad z oddělení** |
| Název: |
| Kontakt: |

Datum vystavení: Razítko a podpis lékaře:

Vyplněnou žádost zasílejte společně s předběžnou překladovou/propouštěcí zprávou:

Fax: 566 512 386, nebo

e-mail: michal.drab@mediterra.cz (v kopii též na e-mail: jana.kocianova@mediterra.cz)