nemocnice MOSTIŠTĚ | VAMED mediterra
Nemocnice sv. Zdislavy, a.s., Mostiště 93, 594 01 - Velké Meziříčí
T +420 566 512 311, M +420 603 443 050, E info@nszmostiste.cz, www.nemocnice-mostiste.cz

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

**Jméno a příjmení pacienta:**

**Datum narození:**

**Bydliště:**
**Zdravotní pojišťovna:**
**Odesílající zdravotnické zařízení:**

**Jméno, adresa a telefon praktického lékaře**

**Základní anamnéza:**

**Objektivní nález:**

**Terapie:**

**Diagnostické závěry:**

**Zdůvodnění hospitalizace odesílajícím lékařem:**

**Prohlášení, že pacient nepřišel do styku s nakažlivými chorobami:**

---
Razítko, podpis

# Sociální šetření

/vyplní lékař, nebo sociální pracovnice/

**Příspěvek na péči** **ne - ano** **stupeň I, II, III,**

| Sociální šetření | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Nají se | sám | ano | Ne |
| | | s asistencí | ano | Ne |
| 2. | Dojde na toaletu | sám | ano | Ne |
| | | s asistencí | ano | Ne |
| 3. | Pohybuje se mimo lůžko | sám | ano | Ne |
| | | s doprovodem | ano | Ne |
| 4. | Zvládá osobní hygienu | sám | ano | Ne |
| | | s asistenci | ano | Ne |
| 5. | Používá hůl/berle/chodítko/ vzít s sebou/ | | ano | Ne |
| 6. | Pohybuje se na vozíku | | ano | Ne |
| 7. | Trpí nespavostí | | ano | Ne |
| 8. | Má poruchy paměti a orientace | | ano | Ne |
| 9. | Má stavy noční zmatenosti | | ano | Ne |
| 10. | Pomočuje se | | ano | Ne |
| 11. | Má zaveden permanentní močový katétr | | ano | Ne |
| 12. | Udrží stolici | | ano | Ne |
| 13. | Používá plenkové kalhotky/vložky | | ano | Ne |
| 14. | Má poruchu sluchu/nedoslýchá | | ano | Ne |
| 15. | Používá sluchadlo (vzít s sebou) | | ano | Ne |
| 16. | Je schopen/schopna slovní komunikace | | ano | Ne |
| 17. | Je schopen/schopna písemné komunikace | | ano | Ne |
| 18. | Uveďte oblíbenou činnost/zálibu | | | |
| 19. | Měl/a zavedenou pečovatelskou službu | | ano | Ne |
| 20. | Má podanou žádost do zařízení následné ošetřovatelské péče,domova pro seniory nebo do jiného nezdravotnického zařízení(uvést adresu a termín podání) | | ano | Ne |

---

Razítko, podpis

**Závazné prohlášení příbuzných:**

**Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož bude pacient propuštěn po ukončení léčby/zhojení, či stabilizaci zdravotního stavu. Pokud dalším pobytem nebude možno docílit zlepšení stavu, bude pacient propuštěn do domácí péče.**

---
podpis

**Jméno, adresa a telefon nejbližšího příbuzného**

**Souhlas pacienta s hospitalizací:**

Souhlasím s umístěním v Léčebně dlouhodobě nemocných a potvrzuji,že jsem byl/a seznámen/a s účelem hospitalizace a charakterem zařízení

---
podpis:

**Není- li pacient schopen podpisu a nemá-li ustanoveného zákonného zástupce, uveďte, zda bylo soudu oznámeno převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho písemného souhlasu podle §24 zákona č. 20/1966 Sb.**

☐ **NE**

☐ **ANO** **Datum podání:** **Číslo jednací:**

**Zákonný zástupce:**

Jméno, příjmení,bydliště, telefonní kontakt

---
podpis

Datum vyhotovení žádosti: