

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA NIP a DIOP

Příjmení, jméno, titul _____

Rodné číslo _____ Zdravotní pojišťovna _____ Prakt.lékař _____

Bydliště _____ PSC _____

Rodinný stav _____

SOCIÁLNÍ SITUACE

Příjmení, jméno, adresa, telefon /i mobilní/ nejbližšího příbuzného:

PN, důchod, invalidní důchod:

č. PN:

Zaměstnavatel:

ZDRAVOTNÍ STAV

Poslední hospitalizace: kdy _____ kde _____

Diagnozy:

Poslední terapie /u hospitalizovaných pacientů vč. ATB, infusí, IM, IV terapie/:

FUNKČNÍ STAV

Mobilita: ležící chodící s doprovodem chodící s pomůckami chodící bez doprovodu	Ventilace:
---	-------------------

Dekubity, op. rány:**Hmotnost pacienta:**

Regulační poplatky: platí/neplatí	kdo:
--	-------------

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

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

Datum vystavení:

.....
Razítko a podpis lékaře

Žádost došla dne:**Odkud:**