# *ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE*

Jméno a příjmení:................................................................... RČ:............................................. ZP: ...............

Trvalé bydliště:.....................................................................................................................................................

Kontaktní osoba: ........................................................................... Telefon: .......................................................

Příbuzenský poměr: .............................................................................................................................................

Praktický lékař/adresa...................................................................................Telefon:...........................................

Žádající pracoviště/ lékař:..........................................................................Telefon:...............................................

Datum podání žádosti:……………………………………

Cíl hospitalizace: ...............................................................................................................................................

**K žádosti přiložte aktuální epikrízu nebo denní dekurz.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nají se | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| Posadí se na lůžku | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| Pohybuje se mimo lůžko | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| Zvládá osobní hygienu | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| Používá hůl / berle / chodítko/invalidní vozík  | ano | ne |
| Má poruchy paměti a orientace | ano | ne |
| Má stavy noční zmatenosti | ano | ne |
| Komunikuje | ano | ne |
| Má poruchu sluchu  | ano | ne |
| Má zavedený permanentní močový katetr | ano | ne |
| Inkontinence moče | ano | ne |
| Inkontinence stolice | ano | ne |
| Má stomii (druh…………………………………………………………………..)  | ano  | ne |
| Má zavedenou kanylu/CŽK/port | ano | ne |
| Má dekubity /jiné kožní defekty stupeň: | ano | ne |
| Poslední hospitalizace: kde…………………………………………………………………. | od: | do: |
| **Váha:** **Výška:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Zdravotní indikace k přijetí na ODP** (vyplní ošetřující lékař) |
|  |
| **Terapie** (vyplní ošetřující lékař) |
|  |

**Prohlášení:** U nemocného *neprobíhá t.č. infekční onemocnění* (střevní - *Clostridie*, TBC, kožní - *MRSA* aj.), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním nebezpečným sobě a okolí.

Pacient se překládá s lékařskou a ošetřovatelskou překladovou zprávou.

**Datum přijetí žádosti:**