



NÁVRH K PŘIJETÍ

do Městské nemocnice následné péče

K Moravině 6/343, 190 00 Praha 9, tel.: 284 000 811, fax 284 000 868



I. Údaje o žadateli:

Jméno: příjmení: rodné:
rodné číslo: rod. stav: stav:
trvalé bydliště: prakt. lékař: zdravot. poj.:

Vyplní oš. lékař:

Diagnoza:

Terapie (včetně dávkování):

T.č. není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického
s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutní onemocnění:

.....
Jméno lékaře, datum a razítko zařízení

II. Údaje o nejbližším příbuzném / kontaktní osobě (vyplní sociální pracovnice, pacient nebo příbuzní):

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:
Bydliště:
Telefon: Mobil:

III. Žadatel je nyní umístěn:

V. Prohlášení žadatele, popř. příbuzných:

Jsem si vědom, že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením, nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu) propuštěn

Výše uvedené vyjádření je pravdivé a podané ve smyslu §37 odst. 1 Občanského zákoníku. Pokud se podané vyjádření nebude shodovat se skutečností, může to znamenat i odmítnutí pacienta.

Souhlasím s přijetím do Městské nemocnice následné péče.

.....
podpis klienta (příbuzného)

.....
podpis sociální pracovnice

VI. Sociální situace (vyplní sociální pracovníce, pacient nebo nejbližší příbuzný):

Žadatel je schopen chůze: bez pomoci s pomocí - jakou.....

Žadatel je schopen se sám najíst: ano / ne, obléct: ano / ne

Žadatel provádí hygienu sám: ano / ne, s pomocí: ano / ne, vůbec ne

Žadatel používá WC sám nebo používá WC křeslo, pleny

Psychický stav žadatele je:.....

Bytová situace žadatele / nejbližších příbuzných:.....

Důchod je vyplácen v hotovosti / je zasílám na bezhotovostní účet

Důležité informace:

VII. Žadatel má podanou žádost do domova důchodců:

kam: kdy:

VIII. Kam bude žadatel propuštěn po hospitalizaci v našem zařízení (přesná adresa):

VIX. Prohlášení žadatele (příbuzného - zastupujícího):

Pominou-li důvody pobytu pacienta (zdravotní stav již nevyžaduje nepřetržitou lékařskou ústavní péči) zavazují se zajistit, aby se měl pacient (žadatel) kam vrátit (tj. do místa trvalého bydliště, ke své rodině, do jiného zařízení atd.)

podpis

UPOZORNĚNÍ:

Bez úplného vyplnění formuláře (včetně sociálních údajů a podpisu pacienta) nelze klienta přijmout k léčbě. Klient musí mít v den příjmu u sebe občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny.