

	Formulář Zdravotní úsek	FZ_1
	MEDIRECO NEMOCNICE s.r.o. 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 1 z 2

NÁVRH NA PŘIJETÍ

- ☐ Pracoviště: Nemocnice Humpolec, 5. května 319, 396 01 Humpolec, tel. 565 501 314, fax: 565 501 316
- ☐ Pracoviště: Nemocnice Ledec – Háj, Háj 675, 584 01 Ledec nad Sázavou, tel. 569 492 101, fax: 569 492 104
- ☐ Pracoviště Plicní léčebna, Jihlavská 803, 396 01 Humpolec, tel. 565 532 014*

*(zaškrtněte)

Jméno a příjmení:.....r.č.:poj.:

Trvalé bydliště:hospital. od:

Diagnóza hlavní:

Diagnóza vedlejší:

Léky:

.....

.....

Jídlo	samostatně	s pomocí	neprovede	PEG	NSG sonda
Mobilita	bez pomoci	franc. hole	chodítko	inv. vozík	imobilní
Paměť	orientován/a	zmatený/á	zmatený/á		
Močení	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		
Stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		
Dekubity	ne / ano	kde:	rozsah:	stupeň:	

	Formulář Zdravotní úsek	FZ_1
	MEDIRECO NEMOCNICE s.r.o. 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 2 z 2

V současné době u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC, MRSA), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě a okolí, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí na lůžka následné péče.

Prosíme o zaslání poslední lékařské epikrízy současně s návrhem !

.....
Podpis ošetřujícího lékaře
(razítko zdravotnického zařízení)

Sociálně:

Bytové poměry.....

Příbuzní.....tel:.....

Byla podána žádost do Domova pro seniory? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, kdy a do kterého Domova:.....

.....

Datum vyplnění:.....sociální pracovnice.....

Kam půjde:		Datum:	
Označení			
Schváleno:			

Souhlas s poskytováním údajů:

Já, výše uvedený/á stvrzuji svým podpisem, že rozumím výše uvedenému sdělení a byl/a jsem lékařem poučen/a, za jakým účelem bylo sdělení napsáno. Svým podpisem dávám lékaři souhlas, aby výše uvedené údaje o mém zdravotním stavu a diagnóze poskytl výše uvedenému adresátovi. Zbavuji tak lékaře povinné mlčenlivosti pracovníka ve zdravotnictví.

Prohlášení nemocného (popřípadě příbuzného):

Jsem si vědom/a toho, že žádám o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací zdravotního stavu), kdy již nebude možné dalším pobytem v léčebně docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu, propuštěn domů.

Dne:

.....

Podpis pacienta/ky popř. příbuzného