

Žádost o přijetí na oddělení DLP a NLP

Nemocnice Nymburk, s. r. o., Boleslavská 425, 28801 Nymburk, Tel.: 325 505 461 (460)

| | | | |
|----------------------------|--|----|--|
| Jméno a příjmení: | | | |
| Rodné číslo: | | ZP | |
| Trvalé bydliště: | | | |
| Praktický lékař + kontakt: | | | |

Kontaktní osoba: _____ Příbuzenský vztah: _____

Bydliště: _____ Telefon: _____

Cíl hospitalizace: _____

K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny, základní hygienické potřeby, pohodlné boty s pevnou patou.

SOUHLASÍ / JE INFORMOVÁNA RODINA ČI PACIENT S UMÍSTĚNÍM NA DLP

ANO NE

| INFORMACE O PACIENTOVI | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------|----|
| 1 | Nají se | sám | Ano | Ne |
| | | s pomocí | Ano | Ne |
| 2 | Posadí se na lůžku | sám | Ano | Ne |
| | | s pomocí | Ano | Ne |
| 3 | Pohybuje se mimo lůžko | sám | Ano | Ne |
| | | s pomocí | Ano | Ne |
| 4 | Zvládá osobní hygienu | sám | Ano | Ne |
| | | s pomocí | Ano | Ne |
| 5 | používá hůl / berle / chodítko | vezme si s sebou ano / ne | Ano | Ne |
| 6 | Pohybuje se na vozíku | vezme si s sebou ano / ne | Ano | Ne |
| 7 | Imobilní | | Ano | Ne |
| 8 | Má poruchy paměti a orientace | | Ano | Ne |
| 9 | Má stavy noční zmatenosti | | Ano | Ne |
| 10 | inkontinence moče | | Ano | Ne |
| 11 | Má zavedený permanentní močový katetr | | Ano | Ne |
| 12 | inkontinence stolice | | Ano | Ne |
| 13 | Používá plenkové kalhotky / vložky | | Ano | Ne |
| 14 | Má poruchu sluchu (nedoslýchá) | | Ano | Ne |
| 15 | Používá sluchadlo ano / ne | vezme si s sebou | Ano / Ne | |
| 16 | Je schopen/a slovní ano / ne | písemné komunikace | Ano / Ne | |
| 17 | Má dekubity/ kožní defekty | jaké: | Ano | Ne |

| Sociální situace | |
|------------------|---|
| 18 | Příspěvek na péči – ANO/výše: _____ NE – žádost podána dne: _____ |
| 19 | Žije: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> s příbuznými |
| 20 | Bytové podmínky <input type="checkbox"/> byt <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> bez domova <input type="checkbox"/> ubytovna |

Poslední hospitalizace: od _____ na odd., tel. č.: _____

Dg.: _____

| Zdravotní indikace k přijetí na DLP, NLP (vyplní ošetřující lékař) |
|--|
| |

| Terapie (vyplní ošetřující lékař) |
|-----------------------------------|
| |

| Žádost na DLP, NLP podává oddělení ZZ/ praktický lékař (nehodící se škrtněte) | | | |
|---|---------------|----------|--------|
| Oddělení/ lékař | Podpis lékaře | Telefon: | Datum: |
| | | | |

| Datum: | Vyřizuje: | Podpis: | Stav žádosti (vyřízena, pozastavena, zrušena): |
|--------|-----------|---------|--|
| | | | |