

## Žádost o přijetí na oddělení NLRP

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 NLRP**

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 NLRP (vyplní ošetřující lékař)

Terapie (vyplní ošetřující lékař)

Žádost NLRP podává oddělení ZZ/ praktický lékař (nehodící se škrtněte)			
Oddělení/ lékař	Podpis lékaře	Telefon:	Datum:

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