**Žádost o přijetí na DIOP Nemocnice Český Brod s.r.o.**

Žižkova 282, 282 01 Český Brod, Tel.: 321 610 808, Fax: 321 610 839

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení, jméno, titul: |  | |
| Rodné číslo: |  | Zdrav. pojišťovna: |
| Bydliště: |  | |
| Praktický lékař + kontakt: |  | |

**Sociální situace:**

**Příspěvek na péči:**  ANO/ Výše příspěvku: …………………..……..  NE

**Starobní/ invalidní důchod:**  ANO/ Výše příspěvku: ……………..……..…....  NE

**Detenční řízení:**  ANO/ Soud + kontakt: …………….……….…..  NE

**PN:**  ANO/ Číslo PN: ………………..….……….…..  NE

**Žije:**  sám  s rodinou  s příbuznými

**Bytové podmínky:**   byt  RD  DPS  DD  bez domova  ubytovna

**Nejbližší příbuzní:**

Příjmení, jméno: ……………………………… Kontakt: …........................ Příbuzenský vztah: …….. Příjmení, jméno: ……………………………… Kontakt: …........................ Příbuzenský vztah: ……..

**Rodina byla informována o hospitalizaci na DIOP ČB:**  ANO  NE

**S hospitalizací rodina souhlasí:**  ANO  NE

**Zdravotní stav:**

…………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………..…………………………

**Překlad z oddělení:**

Název: ………………………………………………………………….…………………………………

Kontakt: ……………………………………………………………….………………………………….

**K  ŽÁDOSTI NUTNO PŘIDAT AKTUÁLNÍ EPIKRÍZU ČI DENNÍ DEKURZ!**

Datum vystavení: ……………………… Razítko a podpis lékaře: ………………………….