

Žádost o přijetí na LDN 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 LDN ČB: ANO NE

S hospitalizací rodina souhlasí: ANO NE

Zdravotní stav:

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

Dg.:

Důvod hospitalizace na LDN:

Poslední terapie (vč. ATB, infuzí, i.m, i.v medikace):

Infekční onemocnění (MRSA, Clostridium, atd.):

Mobilita:

CHODÍ: sám s pomůckami s doprovodem

NECHODÍ: v lůžku soběstačný sed ležící

Hmotnost: **Výška:**

Vyprazdňování: kontinentní inkontinentní (pleny x PMK) stomie

Dekubity: ANO/Stupeň:/Lokalizace: NE

Orientace: plně částečně dezorientovaný

K ŽÁDOSTI NUTNO PŘIDAT AKTUÁLNÍ EPIKRÍZU ČI DENNÍ DEKURZ!

Datum vystavení: Razítko a podpis lékaře: