**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: ………………………….