**Návrh na přijetí k hospitalizaci**

**ONP –** Vítkovo nám. 3, 257 91 Sedlec-Prčice, Email: veronika.lundakova@ahc.cz, veronika.pistekova@ahc.cz

**Údaje o pacientovi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul: |  | Rodné příjmení: |  |
| Datum narození:  |  | Rodinný stav: |  |
| Rodné číslo:  |  | Zdr. pojišťovna: |  |
| Adresa trvalého bydliště:  |  |
| Kontaktní adresa:  |  |

**Kontaktní osoby informovány o hospitalizaci:**  ANO NE

**Podána žádost do domova seniorů:**  NE ANO (kam)

**Kontaktní osoby (jméno, příjmení, adresa, telefon, vztah k žadateli):**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Druh důchodu:**  | **Den splatnosti:** | **Výše:**  |

 **Příspěvek na péči:** I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň nepobírá

**Aktuální schopnosti pacienta:**

**Orientace: místem** ANO NE **časem** ANO NE **osobou**  ANO NE

**Je schopen se sám:** obléknout ANO NE je schopen/a chůze bez pomoci

 Najíst ANO NE je schopen/a chůze s pomocí

 není schopen/a chůze

**Osobní hygienu zvládá:** sám/sama inkontinence moči **trvale**

 s pomocí inkontinence moči **občas**

 inkontinence moči **v noci**

**Důvod hospitalizace v našem zařízení:**  **Očkování chřipky** ANO KDY:

doléčení NE

poskytnutí léčební rehabilitační péče **Očkování COVID** ANO KDY:

zhoršení zdravotního stavu NE

ošetřovatelská péče, paliativní péče **Očkování pneumo** ANO KDY:

**Praktický lékař (jméno, příjmení, telefon, adresa)**  NE

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| K návrhu vždy prosím přiložte **aktuální lékařskou zprávu ne starší 7 dnů**, obsahující podrobný popis zdr. stavu pacienta, diagnózu, rodinnou, osobní a pracovní anamnézu, objektivní nález, duševní stav a **chronickou medikaci + souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů.**  |

**Datum vyplnění návrhu: Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:
 (zdravotnického zařízení):**