**Návrh na přijetí k hospitalizaci**

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