

Údaje o pacientovi:

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

 Kontaktní osoby informovány o hospitalizaci: ANO NE
x zaškrtněť

 Podána žádost do domova seniorů: ANO NE

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

Druh důchodu:		Den splatnosti:		Výše:	
---------------	--	-----------------	--	-------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Príspevek 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 inkontinence moči **trvale**
 s pomocí inkontinence moči **občas**
 inkontinence moči **v noci**
Důvod hospitalizace v našem zařízení (Následná péče GERIMED):

-
- doléčení
-
-
- poskytnutí léčebné rehabilitační péče
-
-
- zhoršení zdravotního stavu
-
-
- ošetrovatelská péče, paliativní péče

Očkování chřipky ANO KDY: NE

Očkování pneumo ANO KDY: NE

Praktický lékař (jméno, příjmení, telefon, email):

--

K návrhu vždy prosím přiložte **aktuální lékařskou zprávu nebo propouštěcí zprávu ne starší 7 dnů**, obsahující podrobný popis zdravotního stavu pacienta, diagnózu, dále rodinnou, osobní a pracovní anamnézu, objektivní nález, duševní stav, **chronickou medikaci**.

Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů - viz. příloha

Datum vyplnění žádosti:

 Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
 (zdravotnického zařízení):