



## Návrh k přijetí do Léčebny Vršovice

I. Údaje o klientovi: Příjmení:		Rodné:	Jméno:
RČ:	č.OP:	Zdr.poj.:	Stav:
Trvalé bydliště:			
		PSC:	St.přisl.:
Praktický lékař (jméno, adresa):			

## Vyplní navrhující lékař

Důvod k přijetí:

Diagnóza:

Podstatné údaje z anamnézy a obj. nálezů:

Současná terapie vč. dávkování:

Dieta:

<b>Soběstačnost:</b>	<b>ano</b>	<b>s asistencí</b>	<b>ne</b>	<b>Pohyb:</b>	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s dopomocí
při hygieně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s 1 opěrnou pomůckou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s nízkým chodítkem
při jídle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se 2 opěrnými pomůckami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s vysokým chodítkem
při oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>mechanický vozík:</i> <input type="checkbox"/> zvládá přesuny samostatně		
při posazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dopomoc při přesunech na vozík		
při stojí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ležící		
při chůzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Vyprazdňování – moč:</b>				<b>Vyprazdňování – stolice:</b>		
<input type="checkbox"/> kontinentní <input type="checkbox"/> inkontinentní <input type="checkbox"/> PMK				<input type="checkbox"/> kontinentní <input type="checkbox"/> inkontinentní		
<b>Orientace, spolupráce:</b>				<input type="checkbox"/> smyslová porucha (slepota, hluchota)		
<input type="checkbox"/> plně spolupracující, orientován místem a časem				<input type="checkbox"/> psychické poruchy (neuróza, psychóza, demence)		
<input type="checkbox"/> omezená spolupráce, zhoršená orientace				<input type="checkbox"/> neklid		
<input type="checkbox"/> minimální nebo žádná spolupráce, desorientace				<input type="checkbox"/> konfliktní		
<b>Spolupráce při rehabilitaci:</b>				<b>Dekubity:</b> <input type="checkbox"/> povrchní <input type="checkbox"/> hluboký		
<input type="checkbox"/> aktivní, plně spolupracující				lokalizace		
<input type="checkbox"/> částečně aktivní				rozsah		
<input type="checkbox"/> zcela pasivní				<b>MRSA</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
<input type="checkbox"/> odmítá rehabilitaci						

Řízení o omezení právní způsobilosti zahájeno:  ne  ano (kde, kdy)

Řízení ukončeno:  ne  ano (kdy, výsledek)

T.č. u klienta nejsou známky onemocnění infekčního, psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do LDN.

Jméno a podpis lékaře, datum, razítko zařízení:

## II. Údaje o nejbližším příbuzném / kontaktní osobě / - vyplní soc. pracovníce, klient nebo příbuzný:

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Adresa:

Adresa:

Telefon:

Telefon:

E-mail:

E-mail:

## III. Sociální šetření:

Klient je nyní umístěn (kde, od):

Klient žije  s rodinou  sám  v DD  ústavu soc. péče  DPS

Podána žádost do někt. soc. zařízení:  ne  ano (kam, kdy):

Převzetí po ukončení pobytu  rodina  DD  DPS  zajištěna pečovatelská služba

**IV. Prohlášení žadatele** (příbuzných, pečovatele): Jsem si vědom(a), že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatné zlepšení zdravotního stavu) propuštěn.

Datum:

Podpis klienta (příbuzného, opatrovníka)

Podpis sociální pracovníce

**Bližší údaje, včetně rozpisu plateb za hospitalizaci, jsou k dispozici na**

**[www.ldnvrsovice.cz](http://www.ldnvrsovice.cz)**