

## Návrh k přijetí do Léčebny Vršovice

### I. Údaje o klientovi

Titul:	<input type="text"/>	Stav:	<input type="text"/>	Rodné č.:	<input type="text"/>
Jméno:	<input type="text"/>			č. OP:	<input type="text"/>
Příjmení:	<input type="text"/>			Zdravotní poj.:	<input type="text"/>

### Trvalé bydliště

Ulice:	<input type="text"/>		
Město:	<input type="text"/>		
PSČ:	<input type="text"/>	Státní příslušnost:	<input type="text"/>

### Praktický lékař

Jméno, příjmení:	<input type="text"/>		
Adresa:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>

### Vyplní navrhující lékař

Důvod k přijetí:

Diagnóza, podstatné údaje z anamnézy a objektivního nálezu:

Současná terapie (vč. dávkování):

Dieta:

Váha:

<i>Soběstačnost</i>	ano	ne	s asistencí	<i>Pohyb</i>	<i>Pomůcky</i>
při hygieně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> imobilní	<input type="radio"/> nízké chodítko
při jídle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> otočí se na lůžku	<input type="radio"/> vysoké chodítko
při oblékání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> schopen(-na) sedu v křesle	<input type="radio"/> jiné:
při posazování	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
při stojí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
při chůzi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

<b>Vyprazdňování - moč</b>	<b>Vyprazdňování - stolice</b>
<input type="radio"/> kontinentní <input type="radio"/> inkontinentní <input type="checkbox"/> PMK	<input type="radio"/> kontinentní <input type="radio"/> inkontinentní

<b>Spolupráce při rehabilitaci</b> <input type="radio"/> aktivní, plně spolupracující <input type="radio"/> částečně aktivní <input type="radio"/> zcela pasivní <input type="radio"/> odmítá rehabilitaci <input type="radio"/> neznámo	<b>Dekubity, jiné poruchy kožního krytu:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> MRSA <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne
<b>Komunikační bariéry</b> <input type="checkbox"/> Problémy s řečí (fatická porucha) <input type="checkbox"/> porucha vyjadřování <input type="checkbox"/> porucha porozumění mluvenému slovu  <input type="checkbox"/> dysartrie <input type="checkbox"/> cizinec	<b>Orientace, spolupráce</b> <input type="checkbox"/> plně spolupracující, orientován(-a) místem i časem <input type="checkbox"/> omezená spolupráce, dezorientace, neklid  <b>smyslové poruchy</b> <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/> jiné  <b>psychické poruchy</b> <input type="checkbox"/> neuróza <input type="checkbox"/> psychóza <input type="checkbox"/> demence <input type="checkbox"/> jiné
<b>Řízení o omezení svéprávnosti</b> <b>Zahájeno</b> <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano (kde, kdy): <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <b>Ukončeno</b> <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano (kdy, výsledek): <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
T. č. u klienta <b>nejsou</b> 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: <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; display: inline-block;"></div>	

## II. Údaje o nejbližším příbuzném (kontaktní osobě) (vyplní sociální pracovníce, klient nebo příbuzný)

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

## III. Sociální šetření

**Příspěvek na péči**

- ne  
 ano

(výše):

**Výše důchodu**

**Klient žije**

- s rodinou  
 sám  
 v ústavu sociální péče (typ):

**Žádost o umístění do soc. zařízení**

- nepodána  podána (kam, kdy):

## IV. Prohlášení žadatele (příbuzných, opatrovníka)

Jsem si vědom(-a), že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (bud' zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu) propuštěn.

Datum:

Podpis žadatele (příbuzného, opatrovníka):

Podpis sociální pracovníce:

**Žádost přijata:**