



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 stožení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
při chůzi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

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

Spolupráce při rehabilitaci <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	Dekubity, jiné poruchy kožního krytu: MRSA <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne
Komunikační bariéry <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	Orientace, spolupráce <input type="checkbox"/> plně spolupracující, orientován(-a) místem i časem <input type="checkbox"/> omezená spolupráce, dezorientace, neklid myslové poruchy psychické poruchy <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> neuróza <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/> psychóza <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> demence <input type="checkbox"/> jiné
Řízení o omezení právní způsobilosti Zahájeno <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano (kde, kdy): Ukončeno <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> 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. <i>Jméno a podpis lékaře, datum, razítko zařízení:</i>	

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 (buď 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: