

Vyplní navrhující lékař/lékařka

Současná terapie (včetně dávkování):

Dieta: ano Druh diety: ne

Hmotnost:

Alergie: ano
 ne

Prodělání onemocnění Covid-19: ano ne Datum:

Očkování proti Covid-19: (označte datum poslední dávky)

I.Dávka Datum:
 II.Dávka Datum:
 III.Dávka Datum:

Soběstačnost

	ano	ne	s asistencí
při hygieně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při jídle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při posazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při stojí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při chůzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pohyb

imobilní

otočí se na lůžku

schopen/-na sedu v křesle

chůze s dopomocí

chůze samostatně

Pomůcky

podpažní berle

francouzské berle

hůl vycházková

protéza

invalidní vozík

chodítka

brýle

zubní protéza

naslouchadlo

jiné

.....

Vyprazdňování - moč

inkontinentní

kontinentní

PMK

Vyprazdňování - stolice

inkontinentní

kontinentní

Aktivní kuřák/-čka

ano

ne

PEG	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne
PEJ	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne
NGS	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne
stomie	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne

Dekubity, jiné poruchy kožního krytu:

MRSA ano ne

Komunikační bariéry

- problémy s řečí (fatická porucha)
- porucha vyjadřování
- porucha porozumění
mluvenému slovu
- dysartrie
- cizinec

Orientace, spolupráce

- plně spolupracující, orientován/-a místem i časem
- omezená spolupráce
- dezorientace, neklid

Smyslové poruchy

- ztráta zraku
- ztráta sluchu
- jiné

Psychické poruchy

- neuróza
- psychóza
- demence
- jiné (jaké)
-
-

Datum:

Razítko zařízení:

Podpis lékaře:

.....

2. Údaje o nejbližším příbuzném (kontaktní osobě)

Jméno a příjmení,
příbuzenský poměr:

Jméno a příjmení,
příbuzenský poměr:

Adresa:

Adresa:

Telefon:

Telefon:

E-mail:

E-mail:

3. Údaje o praktickém lékaři

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

4. Sociální šetření

Žadatel/žadatelka žije

s rodinou
 sám/sama
 v ústavu sociální péče

Příspěvek na péči

ne
 ano (stupeň)
.....

Žádost o umístění do soc.zařízení

Datum podání:
 podána (kam):
 nepodána

Detenční řízení: ano ne

Adresa, kam bude pacient po propuštění odeslán:

Jiné důležité informace:

V době hospitalizace v nemocnici důrazně nedoporučujeme mít u sebe větší částky peněz a cenné věci.

Vypláčení důchodu si pacient pro dobu hospitalizace zajistí k rukám (zakroužkujte): manžela/ky / zákonného zástupce / opatrovníka / zvláštního příjemce ustanoveného k žádosti pacienta obecním úřadem / člena domácnosti, který pacienta zastupuje se souhlasem soudu / na bankovní účet.

Datum: Podpis žadatele: Podpis příbuzného: