 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář – zdravotní lůžka	Fz – VN- 1
	Vysočinské nemocnice s.r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 1 z 2

## NÁVRH NA PŘIJETÍ

- Pracoviště: Nemocnice Humpolec, 5. května 319, 396 01 Humpolec, tel. 565 501 314, fax: 565 501 316
- Pracoviště: Nemocnice Ledec – Háj, Háj 675, 584 01 Ledec nad Sázavou, tel. 569 492 101, fax: 569 492 104
- Pracoviště Plicní léčebna, Jihlavská 803, 396 01 Humpolec, tel. 565 532 014\*

\*(zaškrtněte)

Jméno a příjmení:.....r.č.: .....poj.: .....

Trvalé bydliště: .....hospital. od: .....

Diagnóza hlavní: .....

Diagnóza vedlejší: .....

Léky:

.....


.....

Jídlo	samostatně	s pomocí	neprovede	PEG	NSG sonda
Mobilita	bez pomoci	franc. hole	chodítka	inv. vozík	imobilní
Paměť	orientován/a	zmatený/á	zmatený/á		
Močení	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		
Stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		
Dekubity	ne / ano	kde:	rozsah:	stupeň:	

V současné době u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC, MRSA), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě a okolí, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí na lůžka následné péče.

**Prosíme o zaslání poslední lékařské epikrizy současně s návrhem !**

.....  
 Podpis ošetřujícího lékaře  
 (razítko zdravotnického zařízení)

 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář – zdravotní lůžka	Fz – VN- 1
	Vysočinské nemocnice s.r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 2 z 2

Sociálně:

Bytové poměry.....

Příbuzní.....tel:.....

Byla podána žádost do Domova pro seniory?       Ano       Ne

Pokud ano, kdy a do kterého Domova:.....

.....

Datum vyplnění:.....sociální pracovnice.....

Kam půjde:		Datum:	
Označení			
Schváleno:			

**Souhlas s poskytováním údajů:**

Já, výše uvedený/á stvrzuji svým podpisem, že rozumím výše uvedenému sdělení a byl/a jsem lékařem poučen/a, za jakým účelem bylo sdělení napsáno. Svým podpisem dávám lékaři souhlas, aby výše uvedené údaje o mém zdravotním stavu a diagnóze poskytl výše uvedenému adresátovi. Zbavuji tak lékaře povinné mlčenlivosti pracovníka ve zdravotnictví.

**Prohlášení nemocného (popřípadě příbuzného):**

Jsem si vědom/a toho, že žádám o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací zdravotního stavu), kdy již nebude možné dalším pobytem v léčebně docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu, propuštěn domů.

Dne: .....

.....

Podpis pacienta/ky popř. příbuzného