**Žádost o přijetí do Centra zdravotních a sociálních služeb**

(Dlouhodobá ošetřovatelská lůžka)

**Jméno, příjmení, titul:**

**Rodné číslo:**

**Bydliště:**

**Zdrav. pojišťovna:**

**Praktický lékař:**

**Nejbližší příbuzný/známý (jméno, adresa, telefon):**

|  |
| --- |
| **Důvod k přijetí + krátká epikríza (vyplní ošetřující lékař)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Aktuální medikace vč. dávkování (vyplní ošetřující lékař)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Výška:*** | ***Váha:*** | ***Dieta:*** |
| **Mobilita:**[ ]  plná[ ]  částečná[ ]  imobilní | **Soběstačnost:**[ ]  plná[ ]  částečná[ ]  nesoběstačnost | **Chůze:**[ ]  samostatně[ ]  s asistencí[ ]  s pomůckou (jakou): | **Kontinence:**[ ]  kontinentní[ ]  inkontinentní |
| **Orientace a spolupráce:**[ ]  plná[ ]  částečná[ ]  dezorientace, nespolupráce | **Komunikace:**[ ]  bez poruchy[ ]  porucha řeči[ ]  smyslové omezení – zrak, sluch |
| **Kožní defekty:**[ ]  proleženiny[ ]  jizvy[ ]  bércové vředy[ ]  jiné: | **Invaze:**[ ]  PMK[ ]  žilní vstup[ ]  NGS[ ]  PEG | [ ]  TS[ ]  drén[ ]  jiné: | **Dlouhodobé průjmy:**[ ]  ano[ ]  ne[ ]  Clostridium difficile ne/vyšetřeno |
| **Screening MRSA:** | [ ]  negativní | [ ]  pozitivní | [ ]  neproveden |
| **Sociální zázemí:**[ ]  rodina[ ]  sociální zařízení[ ]  osaměle žijící | **Podána žádost o přijetí do** *(+ adresa zařízení a datum podání žádosti)***:**[ ]  domov seniorů[ ]  pečovatelský dům[ ]  jiné  |
| **Stav:**[ ]  ženatý/vdaná | [ ]  svobodný/á | [ ]  vdovec/vdova | [ ]  rozvedený/á |

**Souhlas s hospitalizací:**

Souhlasím s umístěním na Lůžka dlouhodobé ošetřovatelské péče a potvrzuji, že jsem byl/a

seznámen/a s účelem hospitalizace s charakterem zařízení.

Podpisem tohoto dokumentu beru na vědomí, že Domov třetího věku s.r.o. bude zpracovávat údaje, poskytnuté při podání žádosti a interní potřeby zařízení, a to v souladu se zněním zák. č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

**Podpis pacienta:**

 **--------------------------**

**Podpis Zákonného zástupce:**

 **--------------------------**

K přijetí je zapotřebí poskytnout **překladovou zprávu** nebo výpis ze zdravotní dokumentace.

**K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny!!**

**V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **------------------------------------------**

 **Razítko podpis lékaře**