**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**