

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA/PACIENTKY<sup>1</sup>

do dlouhodobé lůžkové péče

## 1. Údaje o pacientovi

Titul:	Stav:	Rodné číslo:
Jméno:	Zdravotní poj.:	
Příjmení:		

### Trvalé bydliště

Ulice:	
Město:	
PSČ:	Státní příslušnost:

## Vyplní navrhuující lékař/lékařka<sup>2</sup>

Důvod k přijetí:
------------------

Diagnóza, podstatné údaje z anamnézy a objektivního nálezu:
---

## Vyplní navrhující lékař

Současná terapie (vč. dávkování):

Dieta:

Hmotnost:

Alergie:

### Soběstačnost

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

### Pohyb

- imobilní
- otočí se na lůžku
- schopen(-na) sedu v křesle
- chůze s dopomocí
- chůze samostatná

### Pomůcky

- nízké chodítko
  - vysoké chodítko
- jiné:

### Vyprazdňování – moč

- kontinentní     inkontinentní     PMK

### Vyprazdňování – stolice

- kontinentní     inkontinentní

### Spolupráce při rehabilitaci

- aktivní, plně spolupracující
- částečně aktivní
- zcela pasivní
- odmítá rehabilitaci
- neznámo

### 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                      psychické poruchy
- ztráta zraku                       neuróza                       jiné
  - ztráta sluchu                       psychóza
  - jiné                                       demence

T. č. u pacienta nejsou známky onemocnění infekčního, psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí do zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Jméno a podpis lékaře:

Razítko:

Datum:

## 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

<b>Příspěvek na péči</b> <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano (stupeň)	<b>Žadatel/žadatelka<sup>3</sup> žije</b> <input type="radio"/> s rodinou <input type="radio"/> sám/sama <input type="radio"/> v ústavu sociální péče	<b>Žádost o umístění do soc. zařízení</b> <input type="radio"/> nepodána <input type="radio"/> podána (kam, kdy)
---	--	---

Adresa, kam bude pacient po propuštění odeslán:
---

Jiné důležité informace:
--------------------------

## 5. Závazné prohlášení

- Žadatel tímto výslovně žádá a souhlasí s tím, aby mu poskytovatel (Vividus East, s.r.o.) v rámci dlouhodobé lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení provozovaném poskytovatelem zprostředkoval/zajistil zdravotnické a doplňkové nezdravotnické služby, jejichž výčet, rozsah, podmínky poskytnutí vč. výše úplaty za ně a způsobu úhrady jsou součástí Všeobecných smluvních podmínek poskytovatele, se kterými byl žadatel seznámen.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) současně prohlašuje, že výše uvedený pacient nemá plánovaný žádný chirurgický zákrok v období minimálně 100 dní od podání této žádosti do zdravotnického zařízení Vividus East, s.r.o.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) souhlasí a bere na vědomí, že po dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení poskytovatele, nezajišťuje poskytovatel účast pacienta na (již dříve naplánovaných) vyšetřeních/kontrolách u specializovaných lékařů, která přímo nesouvisí s hospitalizací pacienta ve zdravotnickém zařízení poskytovatele; tyto lékařské výkony nejsou po dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění a náklady v souvislosti s nimi spojené nese pacient. Z tohoto důvodu je pacientům doporučováno přeobjednání pacienta u specialisty na dobu po skončení hospitalizace.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) si je vědom, že žádá o přijetí výše uvedeného pacienta do zdravotnického zařízení Vividus East, s.r.o., odkud bude po ukončení léčby propuštěn do domácí péče nebo předem zajištěného zařízení sociálních služeb. Pobyť v zařízení Vividus East, s.r.o. je dočasný a závisí na zdravotním stavu pacienta.

Datum:

Podpis žadatele:

Podpis příbuzného:

Žádost přijata:

Podpis sociální pracovnice:

<sup>1</sup> dále jen „pacient“

<sup>2</sup> dále jen „lékař“

<sup>3</sup> dále jen „žadatel“

„V souladu s ustanovením § 11 zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů pacient (či jeho zákonný zástupce) i další uvedené osoby souhlasí se zpracováním veškerých osobních údajů uvedených v tomto dotazníku za účelem hospitalizace a plnění zákonných povinností plynoucích z platné legislativy a dále povinností ke státním institucím, zejména zdravotním pojišťovnám, atd.“