

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA/PACIENTKY¹

Do zdravotnického zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče

1. Údaje o pacientovi

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

Trvalé bydliště

Ulice:	
Město:	
PSČ:	Státní příslušnost:

Vyplní navrhuující lékař/lékařka²

Důvod k přijetí:

Diagnóza, podstatné údaje z anamnézy a objektivního nálezu:

Vyplní navrhuje 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 stoji	<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

Očkování proti pneumokokům

ano ne

datum:
vakcína:

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.*

*) Poskytovatel si vyhrazuje právo nepřevzít pacienta do péče, pokud faktický zdravotní stav pacienta nebude odpovídat údajům v žádosti a/nebo neodpovídá typu a vybavení našeho zdravotnického zařízení.

Jméno a podpis lékaře:

Razítko zařízení:

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

Příspěvek na péči <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano (stupeň)	Žadatel/žadatelka³ žije <input type="radio"/> s rodinou <input type="radio"/> sám/sama <input type="radio"/> v ústavu sociální péče	Žádost o umístění do soc. zařízení <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 ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení provozovaném poskytovatelem zprostředkoval/zajistil fakultativní zdravotnické a doplňkové nezdavatnické 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.
- 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 přebjedení 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, odkud bude po ukončení léčby propuštěn do domácí péče nebo předem zajištěného zařízení sociálních služeb. Pobyť v zařízení Vividus East je dočasný a závisí na zdravotním stavu pacienta.

Datum:

Podpis žadatele:

Podpis příbuzného:

Žádost přijata:

Podpis sociální pracovnice:

¹ dále jen „pacient“

² dále jen „lékař“

³ 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.“