
Žádost o přijetí na oddělení následné péče

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Číslo OP:

Kontaktní osoba (opatrovník):

Praktický lékař:

Hlavní diagnóza:

Vedlejší diagnózy:

Medikace:

Duševní stav:

- ☐ spolupracuje
- ☐ apatický
- ☐ zmatený
- ☐ agresivní

Soběstačnost:

- pohybová:*
- ☐ chodící
 - ☐ s dopomocí
 - ☐ imobilní

hygienická péče:

- ☐ samostatný
- ☐ částečně
- ☐ nesamostatný

při jídle:

- ☐ samostatný
- ☐ s dopomocí
- ☐ krmen
- ☐ sonda

Inkontinence:

- ☐ moč
- ☐ stolice

Dekubity:

- ☐ ne
- ☐ ano (popis...)

Datum, razítko zařízení a podpis odesílajícího lékaře:Posouzení žádosti primářem odd. následné péče Nemocnice AGEL a.s., datum, podpis:

Závazné prohlášení blízkých osob: Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (stabilizaci zdrav. stavu, kdy dalším pobytem nebude možné docílit jeho zlepšení), bude pacient propuštěn do domácí péče, popř. do zařízení sociální péče.

Svobodný informovaný souhlas pacienta/ blízké osoby:

Souhlasím s umístěním na odd. následné péče a potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem hospitalizace a charakterem zařízení.

Datum a podpis pacienta/blízké osoby:

Sociální šetření:

Bytové podmínky:

Příjem (druh, výše, způsob výplaty):

Příspěvky:

Služby:

Žádosti do zařízení sociální péče (místo, datum podání):

Kontaktní osoby (vztah, telefonní číslo, adresa):

Datum a podpis zdravotně sociální pracovnice:

Prohlášení pacienta: Tímto prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, v platném znění a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 - GDPR, souhlasím se zpracováním a uchováním poskytnutých údajů pro účely zařazení do evidence žadatelů o přijetí na oddělení následné péče ve zdravotnickém zařízení. Zároveň uděluji souhlas ke zpracování (shromažďování, ukládání, používání, uchovávání, třídění a předávání osobních údajů souvisejících s hospitalizací) a to ode dne zaevidování žádosti až do doby archivace a skartace, což stvrzuji svým podpisem.

Datum a podpis pacienta: