**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: Soběstačnost:

 pohybová: hygienická péče: při jídle:

 □ spolupracuje □ chodící □ samostatný □ samostatný

 □ apatický □ s dopomocí □ částečně □ s dopomocí

 □ zmatený □ imobilní □ nesamostatný □ krmen

 □ agresivní □ sonda

Inkontinence: Dekubity:

 □ moč □ ne

 □ stolice □ ano (popis…)

Datum, razítko zařízení a podpis odesílajícího lékaře:

Posouzení žádosti primářem odd. následné péče KHN 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 KHN a.s. 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: |