

## ŽÁDOST o přijetí pacienta k léčbě do LDN Klokočov

Identifikace pana/paní	
Jméno a příjmení:	
Rodné číslo:	Kód zdravotní pojišťovny:
Bydliště, PSČ:	
Nejbližší příbuzní, adresa, telefon:	
Praktický lékař:	
Souhrn diagnóz:	
Medikace (včetně dávkování):	

Zdravotní důvod k přijetí, očekávaný výsledek	
Duševní stav:	<input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> občas dezorientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> jiné
Pohyblivost:	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> imobilní
Sebeobsluha:	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> úplná závislost
Smyslové poruchy:	<input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> závratě <input type="checkbox"/> poruchy řeči
Inkontinence moči:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> mírná
Inkontinence stolice:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Integrita kůže:	<input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> bércový ulkus <input type="checkbox"/> rána <input type="checkbox"/> jiné
Tělní vstupy:	<input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> tracheostomie <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NG sonda <input type="checkbox"/> jiné

Pacientův stav neumožňuje účinnou ambulantní formu léčby a rehabilitace. Od hospitalizace lze očekávat stabilizaci somatického stavu, zmírnění obtíží, zlepšení sebeobsluhy nebo pohyblivosti.

.....  
datum

.....  
razítko, podpis odesílajícího lékaře  
(iniciály, adresa, telefon)

### Fakultní nemocnice Ostrava

#### Léčebna pro dlouhodobě nemocné Klokočov

Klokočov č. 59 / 747 47 Vítkov-Klokočov  
Telefon: +420 556 304 90 / +420 556 300 02 / +420 603 144 990



**Hospitalizace v posledních 2 měsících před přijetím do LDN Klokočov, kde:**

**Prohlášení, že pacient nepřišel v poslední době do styku s nakažlivými nemocemi (MRSA):**

**Sociální šetření (vyplní lékař nebo sociální pracovnice odesílajícího zařízení):**

**Podána žádost do domova pro seniory, popř. jiného zařízení následné péče:**

ANO    NE

**Kdy:**

**Kde:**

**Příspěvek na péči:  ANO    NE**

**Závazné prohlášení pacienta nebo příbuzných: Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (zhojení či stabilizaci zdravotního stavu, kdy dalším pobytem nebude možné docílit zlepšení zdravotního stavu), bude nemocný propuštěn do domácí péče.**

-----  
datum

-----  
podpis pacienta (příbuzných)

Odkaz na www stránky:

<http://www.fno.cz/lecebna-pro-dlouhodobu-nemocne-klokočov>