

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NIP A DIOP

Jméno, příjmení, titul:

Trvalé bydliště: PSČ:

RČ: ZP: Rodinný stav:

Praktický lékař, adresa:

SOCIÁLNÍ SITUACE

Příjmení, jméno, adresa, telefon nejbližšího příbuzného:			
Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Starobní/invalidní důchod	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Detenční řízení	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Soud + kontakt:	
Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Číslo PN:	
Zaměstnavatel:			

ZDRAVOTNÍ STAV

Poslední hospitalizace: kdy		kde	
S žádostí zaslat aktuální epikrízu			
Invazivní vstupy			
Tracheostomie	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Epicystostomie	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
CŽK	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Arteriální linka	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
PEG	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Hrudní drenáž	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

FUNKČNÍ STAV

Mobilita: <input type="checkbox"/> ležící <input type="checkbox"/> chodící s doprovodem <input type="checkbox"/> chodící s pomůckami <input type="checkbox"/> chodící bez doprovodu	Ventilace (aktuální ventilační režim včetně parametrů):
Vědomí (zhodnotit slovně i GCS):	Hmotnost pacienta:

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře + tel. kontakt