# 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 | ANO NE | Starobní/invalidní důchod | ANO NE |
| Detenční řízení | ANO NE | Soud + kontakt: | |
| Pracovní neschopnost | ANO NE | Číslo PN: | |
| Zaměstnavatel: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZDRAVOTNÍ STAV** | | | |
| Poslední hospitalizace: kdy kde | | | |
| S žádostí zaslat aktuální epikrízu | | | |
| Invazivní vstupy | | | |
| Tracheostomie | ANO NE | Epicystostomie | ANO NE |
| CŽK | ANO NE | Arteriální linka | ANO NE |
| PEG | ANO NE | Hrudní drenáž | ANO NE |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNKČNÍ STAV** | |
| Mobilita: ležící  chodící s doprovodem  chodící s pomůckami  chodící bez doprovodu | Ventilace (aktuální ventilační režim včetně parametrů): |
| Vědomí (zhodnotit slovně i GCS): | Hmotnost pacienta: |

Datum vystavení:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře + tel. kontakt