# 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