Městská nemocnice Městec Králové a.s.
Prezidenta Beneše 343, 289 03 Městec Králové, Tel: +420 325 633 183, Fax: +420 325 644 245

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ **REHABILITAČNÍ PÉČE**

Jméno a příjmení:.....

RČ:..... ZP: ..... Telefon:……

Trvalé bydliště:.....

Kontaktní osoba: ..... Příbuzenský poměr: .....

Bydliště: ..... Telefon: .....

Jméno a adresa praktického lékaře: .....

.....

Cíl hospitalizace: .....

K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny, základní hygienické potřeby, pohodlné boty s pevnou patou.

SOUHLASÍ / JE INFORMOVÁNA RODINA ČI PACIENT S UMÍSTĚNÍM NA ONR

☐ **ANO** ☐ **NE**

Závazné prohlášení pacienta či 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.***

☐ **ANO** ☐ **NE** …….....

podpis pacienta (příbuzného)

Informace o pacientovi				
1.	Hmotnost:	Výška:		
2.	Orientace	ano ☐	částečně ☐	ne ☐
3.	Spolupráce	ano ☐	částečně ☐	ne ☐
4.	Mobilita	samostatně ☐		
		francouzské berle ☐		
		chodítko ☐		
		invalidní vozík ☐		
		imobilita ☐		
5.	Oblékání	samostatně ☐	s pomocí ☐	

6.	Hygiena	samostatně ☐	s pomocí ☐
7.	Kontinence Moč:	ano ☐	ne ☐
	Stolice:	ano ☐	ne ☐
	Močový katetr:	ano ☐	ne ☐
	Stomie:	ano ☐	ne ☐
8.	Dieta		
9.	Dekubity	ano ☐	ne ☐

Zdravotní indikace k přijetí na ONR (vyplní ošetřující lékař)

Aktuální terapie (vyplní ošetřující lékař)

Prohlášení: U nemocného *neprobíhá t.č. infekční onemocnění* (střevní - *Clostridie*, TBC, kožní - *MRSA* aj.), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním nebezpečným sobě a okolí.

Žádost vystavil dne:

Razítko, podpis: