

Žádost o přijetí k hospitalizaci

Jméno a příjmení:

Číslo OP:

Rodné číslo:

Kód zdrav. pojišťovny:

Bydliště:

1. Zdravotní informace

Praktický lékař
(adresa):

Odesílací zařízení,
oddělení:

Důvod žádosti
o přijetí k hospitalizaci:

Byl pacient v posledních třech měsících ve styku s nakažlivými nemocemi (např. MRSA): ANO NE

Psychický stav pacienta: orientovaný částečně orientovaný dezorientovaný

Pohyblivost: mobilní mobilní s dopomocí imobilní

Soběstačnost: nezávislý s pomocí zcela závislý na péči
specifikujte:

Řeč, komunikace: běžná omezená nemožná cizinec – jazyk:

Inkontinence: kontinentní částečně inkontinentní inkontinentní

Integrita kůže: neporušená porušená specifikujte:

Tělní výstupy: fyziologické tracheostomie kolostomie močový katetr PEG
NG sonda jiné specifikujte:

Smyslové poruchy: ztráta zraku plná/částečná ztráta sluchu plná/částečná
jiné specifikujte:

Pacientův stav neumožňuje účinnou ambulantní formu léčby a rehabilitace. Pacienta je možno převzít do péče jenom pokud faktický zdravotní stav pacienta odpovídá údajům v žádosti a zároveň odpovídá typu a vybavení zdravotnického zařízení poskytovatele.

K ŽÁDOSTI DOLOŽTE ZPRÁVU O AKTUÁLNÍM ZDRAVOTNÍM STAVU A MEDIKACII

Datum:

Razítko a podpis
odesílatě lékaře:

2. Sociální část

Místo posledního pobytu pacienta:

Bytové podmínky (s kým bydlí, schody, výtah):

Podána žádost do sociálního zařízení (např. domova pro seniory): ANO NE

uveďte název zařízení a datum podání žádosti

Příspěvek na péči: nepřiznán v řízení přiznán ve výši uveďte:

Kontaktní osoba:

Jméno a příjmení:

Tel. č.:

Vztah k pacientovi:

E-mail:

3. Závazné prohlášení

Žadatel výslovně žádá a souhlasí s tím, aby mu poskytovatel v rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče zprostředkoval a poskytl zdravotnické a doplňkové ne zdravotnické služby. Výčet těchto služeb, jejich rozsah, podmínky poskytnutí, výše úhrady a způsob platby jsou uvedeny ve Všeobecných smluvních podmínkách poskytovatele, se kterými byl žadatel prokazatelně seznámen.

Závazné prohlášení pacienta nebo příbuzných:

Jsme si vědomi, že žádáme o umístění do zdravotnického, nikoliv sociálního zařízení. Po této dočasné hospitalizaci bude pacient propuštěn do domácí péče nebo přeložen do sociálního zařízení.

Datum:

Podpis pacienta
(příbuzných):

Pacient (nebo jeho zákonný zástupce) a další uvedené osoby berou na vědomí, že jejich osobní údaje uvedené v tomto formuláři budou zpracovávány správcem – poskytovatelem zdravotních služeb – za účelem poskytování zdravotní péče, vedení zdravotnické dokumentace, plnění zákonných povinností a komunikace s příslušnými institucemi, zejména zdravotními pojišťovnami a orgány státní správy. Zpracování osobních údajů probíhá v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR) a zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Podrobné informace o rozsahu, účelech a právních základech zpracování osobních údajů, včetně práv subjektů údajů, jsou dostupné u správce osobních údajů.