

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice PrahaU Vojenské nemocnice 1200
Praha 6, IČ: 61383082

číslo žádosti:

Žádost o přijetí na lůžko následné péče v ÚVN PrahaÚstřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha,
U Vojenské nemocnice 1200, 169 00 Praha 6**O Oddělení dlouhodobé péče - ODP****O Oddělení ošetrovatelské péče - OOP****O Následná rehabilitační lůžka - NRL**

Jméno a příjmení : RČ: ZP:

Trvalé bydliště:

Kontaktní osoba: příbuzenský poměr:

Bydliště: telefon:

Plátce, osoba zodpovědná za vyrovnání závazků spojených s pobytem na násl. lůžku v ÚVN Praha :

Jméno a příjmení, kontakt:

Žadatel je t.č.:

Cíl hospitalizace:**Prohlášení**

- Pacienta
- Žadatele – oprávněné osoby

- **Souhlasím s přijetím** k hospitalizaci na lůžka následné péče v ÚVN Praha.
- Beru na vědomí a souhlasím s aktivním zapojením do plánování a zajištění podmínek propuštění klienta do domácího ošetřování nebo překladi do jiného zdravotnického či sociálního zařízení bez ohledu na dosaženou míru soběstačnosti s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu.
- **Souhlasím s platbou**
 - ☐ 2 lůžkový pokoj = 500,- Kč/den (ODP, OOP, NRL)
 - ☐ 1 lůžkový pokoj = 1000,- Kč/den (ODP, OOP)
 - ☐ pokoj bez platby

.....
Datum.....
Podpis žadatele (osoby blízké, zákonného zástupce)

Informace o klientovi (zaškrtněte správný údaj)

1.	Nají se	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
2.	Posadí se na lůžku	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
3.	Pohybuje se mimo lůžko	sám	ano	ne
		s doprovodem	ano	ne
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
5.	Používá hůl / berle / chodítko (event. vzít s sebou)		ano	ne
6.	Pohybuje se na vozíku (event. vzít s sebou)		ano	ne
7.	Trpí nespavostí		ano	ne
8.	Má poruchy paměti a orientaci		ano	ne
9.	Má stavy noční zmatenosti		ano	ne
10.	Pomočuje se		ano	ne
11.	Má zavedený permanentní močový katetr		ano	ne
12.	Udrží stolicí		ano	ne
13.	Používá plenkové kalhotky / vložky		ano	ne
14.	Má poruchu sluchu / nedoslýchá		ano	ne
15.	Používá sluchadlo (vzít s sebou)		ano	ne
16.	Je schopen/a slovní komunikace		ano	ne
17.	Je schopen/a písemné komunikace		ano	ne
18.	Má dekubity / jiné kožní defekty		ano	ne
19.	PEG		ano	ne
20.	Tracheostomie		ano	ne
21.	Jiné stomie		ano	ne

22. Sociální šetření:

Klient : ☐ žije sám/sama ☐ s rodinou ☐ v zařízení sociální péče

Využívá terénní služby: ☐ domácí zdravotní péče:

☐ asistenční/ pečovatelská služba:

Podána žádost do zařízení :

☐ zdrav. péče : ANO / NE Kdy/Kam

☐ soc. péče : ANO / NE Kdy/kam

Po ukončení hospitalizace se předpokládá propuštění do:

☐ domácího prostředí ☐ zdravotnického zařízení ☐ zařízení sociální péče

Příspěvek na péči: ☐ ANO, stupeň

☐ NE – žádost podána datum:

Poznámka:

Šetření provedl/a (jmenovka, podpis), kontakt:

Zdravotní indikace k přijetí (vyplní ošetřující lékař)

Terapie (vyplní ošetřující lékař)

V případě žádosti na NRL nutno doplnit vyjádření fyzioterapeuta/ergoterapeuta

Vyjádření fyzioterapeuta/ergoterapeuta: Jmenovka, podpis	
--	--

Prohlášení: U klienta/klientky neprobíhá t.č. infekční onemocnění (střevní, TBC, kožní, aj.), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním, nebezpečným sobě a okolí. Pacient ÚVN Praha se překládá s kompletní dokumentací. K přijetí překladem z jiného zdravotnického zařízení je zapotřebí poskytnout lékařskou a ošetrovatelskou překladovou zprávu. Při přijetí z domácí péče je zapotřebí výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře, případně sesterskou zprávu při již zavedené službě Home Care.

Žádost podává oddělení ÚVN / jiné ZZ/ praktický lékař pro dospělé *:			
Jméno kontaktní osoby	Podpis	Telefon	Datum

Žádost přijal:			
Jméno a příjmení	Podpis	Datum	Stav žádosti

Poznámky: * nehodící se škrtněte