Městská nemocnice v Odrách, p.o.
Nadační 1, 742 35 Odry, tel. 556 778 100

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO LDN

Jméno a příjmení: **ZP:**

RČ:

Bydliště:

Nejbližší příbuzní/kontaktní osoba:

Praktický lékař:

Zařízení, které nemocného posílá:

Diagnostické závěry:

Zdravotní důvod hospitalizace:

Stručná sociální anamnéza:

Duševní stav pacienta:

Schopen chůze: **ano** **ne** **s pomocí**

Inkontinentní: **ano** **ne**

Datum: **podpis a razítko odesílajícího lékaře**

Poučení:
Posuzování zdravotních důvodů přijetí k hospitalizaci a propuštění je plně v kompetenci vedoucího,popřípadě ošetřujícího lékaře. V situaci, kdy pominou zdravotní důvody hospitalizace a nastanou tzv. sociální důvody, je zapotřebí tuto situaci řešit zajištěním vhodné sociální služby. Bližší informace a poradenství poskytuje zdravotně-sociální pracovník (sociální sestra). Dále upozorňujeme na vyživovací povinnost ve smyslu zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

K přijetí je nutno vzít s sebou občanský průkaz a kartičku pojištěnce zdravotní pojišťovny!

Datum:

Podpis pacienta..... **Podpis příbuzných: .....**