



# NÁVRH K PŘIJETÍ NA LŮŽKA NÁSLEDNÉ PÉČE A DLOUDODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Městská nemocnice následné péče  
K Moravině 343/6, Praha 9  
IČ: 45245843 Zřizovatel: Hlavní město Praha  
Tel: +420 284 000 811  
E-mail: ambulance@mnnp.cz

## ÚDAJE O ŽADATELI

Příjmení: ..... Jméno: ..... Rodné jméno: .....

Rodné číslo: ..... Pojišťovna: .....

Trvalé bydliště: .....

Kontaktní osoba (jméno, vztah k pacientovi, telefon): .....

.....

lůžka následné péče

lůžka dlouhodobé ošetrovatelské péče

Žadatel má podepsanou žádost o umístění do sociálního zařízení?  Ano  Ne

Pokud ano, kam?

.....

***Délka hospitalizace dlouhodobé péče závisí na zdravotním stavu nemocného. U následné péče je hospitalizace omezena na dobu max. 90 dní.***

***Po ukončení hospitalizace se pacient vrací do domácího ošetření, nebo do předem zajištěného sociálního zařízení? Kam bude po léčbě propuštěn?***

.....

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

Indikace k přijetí:  doléčení akutního onemocnění  doléčení po operačním výkonu

zlepšení celkové kondice a soběstačnosti

ošetrovatelská péče – důvod: .....

jiné: .....

Dekubity či jiný defekt na kůži:  Ne  Ano, stupeň:

Lokalizace + popis (analýza) defektu:

Specifické potřeby:  dialyzační program  stomie  PEG  NGS  tracheostomie  léčba kyslíkem

jazyková bariéra  těžké smyslové postižení  poruchy paměti a orientace  noční stavy zmatenosti

jiné: .....

## ÚDAJE O PACIENTOVI – stačí poslat v příloze viz. epikríza

**Aktuální epikríza:**

**Diagnóza:**

**Alergická anamnéza:**

**Seznam ostatních diagnóz:**

**Seznam léků a výsledky z laboratoře**

**Dieta:**

**Výška / váha:**

**Prohlášení:** u nemocného t.č. neprobíhá infekční onemocnění (MRSA, Covid, střevní, TBC, kožní) neuvedené výše, netrpí duševní chorobu s projevy neklidu a jednáním nebezpečným sobě nebo okolí, ani jiným onemocněním, které by bylo kontraindikací k přijetí na lůžko následné péče nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Dne: .....

.....

Razítko s IČP zdravotnického zařízení a podpis lékaře

**Pacient souhlasí s přijetím k léčebnému pobytu:** .....

**podpis pacienta**

Kontakt na sociálního pracovníka: .....