

Žádost k přijetí na Oddělení následné péče Rehabilitační nemocnice Beroun

I. Údaje o klientovi:

Příjmení:	Rodné:	Jméno:
RČ:	č.OP:	Zdr.poj.:
Trvalé bydliště:		
		Stav:
		St. přísl.:

Praktický lékař (jméno, adresa):

Vyplní navrhuje lékař:

Důvod k přijetí:

Diagnóza:

Podstatné údaje z anamnézy a obj. nálezů:

Současná terapie vč. dávkování:

Dieta:

Soběstačnost:	ano	s asistencí	ne	Pohyb:	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s dopomocí
při hygieně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s 1 opěrnou pomůckou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s nízkým chodítkem
při jídle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se 2 opěrnými pomůckami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s vysokým chodítkem
při oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>mechanický vozík</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při posazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při stožení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
při chůzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vyprazdňování – moč			Vyprazdňování – stolice	
<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní	<input type="checkbox"/> PMK	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní

Orientace, spolupráce:		<input type="checkbox"/> smyslová porucha (slepoty, hluchota)
<input type="checkbox"/> plně spolupracující, orientován místem a časem	<input type="checkbox"/> psychické poruchy (neuróza, psychóza, demence)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> omezená spolupráce, zhoršená orientace	<input type="checkbox"/> neklid	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> minimální nebo žádná spolupráce, desorientace	<input type="checkbox"/> konfliktní	<input type="checkbox"/>

Spolupráce při rehabilitaci:

- aktivní, plně spolupracující
 částečně aktivní
 zcela pasivní
 odmítá rehabilitaci

Dekubity:

lokalizace
rozsah

povrchní hluboký

MRSA

ano ne

Řízení o omezení právní způsobilosti zahájeno: ne ano (kde, kdy)

Řízení ukončeno: ne ano (kdy, výsledek)

T.č. u klienta nejsou známky onemocnění infekčního, psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do LDN.

Jméno a podpis lékaře, datum, razítko zařízení:

II. Údaje o nejbližším příbuzném /kontaktní osobě/ - vyplní soc. pracovníce, klient, nebo příbuzný:

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:

Adresa:

Adresa:

Telefon:

Telefon:

E-mail:

E-mail:

III. Sociální šetření:

Klient je nyní umístěn (kde, od):

Klient žije s rodinou sám v DD ústavu soc. péče DPS

Podána žádost do někt. soc. zařízení: ne ano (kam, kdy):

Převzetí po ukončení pobytu rodina DD DPS zajištěna pečovatelská služba

Příspěvek na péči: ano ne

IV. Prohlášení žadatele (příbuzných, pečovatele): Jsem si vědom(a), že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatné zlepšení zdravotního stavu) propuštěn.

Datum:

Podpis klienta (příbuzného, opatrovníka)

Podpis sociální pracovníce

.....

.....