

## Žádost k přijetí na Oddělení následné péče Rehabilitační nemocnice Beroun

### I. Údaje o klientovi:

Příjmení:	Rodné:	Jméno:
RČ:	č.OP:	Zdr.poj.:
Trvalé bydliště:		
		PSČ:
		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:

<b>Soběstačnost:</b>	ano	s asistencí	ne	<b>Pohyb:</b>	<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

kontinentní       inkontinentní       PMK

### Vyprazdňování – stolice

kontinentní       inkontinentní

### Orientace, spolupráce:

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

**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

.....

.....