



F_RNB_ONP_185
Žádost_k_přijetí_na_ONP_RNB

Strana č./Celkem stran: 1/3

Verze: 02

Platnost od: 02.07.2025

ŽÁDOST K PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE REHABILITAČNÍ NEMOCNICE BEROUN

I. Údaje o klientovi:

Příjmení:

Rodné:

Jméno:

RČ:

č.OP:

Zdr.poj.:

Stav:

Trvalé bydliště:

PSČ:

St. přísl.:

Praktický lékař (jméno, adresa):

Vyplní navrhující lékař:

Aktuální epikríza včetně podstatných lékařských nálezů:

Soběstačnost:	ano	s asistencí	ne	Pohyb:	☐ samostatně	☐ s pomocí
při hygieně	☐	☐	☐	☐ s 1 opěrnou pomůckou	☐ s nízkým chodítkem	
při jídle	☐	☐	☐	☐ se 2 opěrnými pomůckami	☐ s vysokým chodítkem	
při oblékání	☐	☐	☐	<i>mechanický vozík</i>	☐ zvládá přesuny samostatně	
při posazování	☐	☐	☐		☐ dopomoc při přesunech na vozík	
při stojí	☐	☐	☐		☐ ležící	
při chůzi	☐	☐	☐			

Vyprazdňování – moč

☐ kontinentní ☐ inkontinentní ☐ PMK

Vyprazdňování – stolice

☐ kontinentní ☐ inkontinentní



Orientace, spolupráce:

- ☐ plně spolupracující, orientován místem a časem
☐ omezená spolupráce, zhoršená orientace
☐ minimální nebo žádná spolupráce, desorientace
- ☐ smyslová porucha (slepota, hluchota)
☐ psychické poruchy (neuróza, psychóza, demence)
☐ neklid
☐ 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



F_RNB_ONP_185
Žádost_k_přijetí_na_ONP_RNB

Strana č./Celkem stran: 3/3

Verze: 02

Platnost od: 02.07.2025

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

.....

.....

Žádost zašlete na email: onpzadosti@nember.cz nebo poštou.