

**Žádost o přijetí pacienta na oddělení DIOP Nemocnice Třebíč p.o.**

( Prosíme o co nejpřesnější vyplnění )

Jméno, příjmení, titul:.....

Rodné číslo: ..... ZP: .....

Adresa trvalého bydliště:.....

..... PSČ:.....

Kontaktní osoba, vztah k nemocnému, adresa, telefon:.....

Praktický lékař (jméno, adresa, telefon):.....

Případné propuštění na adresu:.....

Anamnéza onemocnění, pro které má být pacient hospitalizován.....

Ostatní dg.:

Aktuální stav vědomí nemocného, důvod přijetí:

Invazivní vstupy ( druh a datum zavedení):

---

**Chronické rány , dekubity( druh, lokalizace, stav hojení, způsob ošetření)“**

**Stav ( malnutrice, kachexie, obezita) a způsob výživy, datum zavedení PEG nebo GS:**

**Výskyt infekce nebo kolonizace( MRSA, resistantní infekce, atd.):**

**Mobilita, postižená část těla( plegie, kontraktury atd.):**

**Aktuální medikace:**

**Jak je rodina informována a stavu a prognóze onemocnění:**

**Sociální anamnéza, sociální dávky, konečné řešení:**

**Souhlasím s přijetím na oddělení LDN, stanice DIOP v Nemocni Třebíč, p.o.:**

**Podpis nemocného nebo zákonného zástupce.....**

**Při přijetí je třeba doplnit podpis vyjadřující informovaný souhlas na dalším tiskopisu .**

**Odesílající zdravotnické zařízení, lékař:**.....

**Razítko, podpis**.....

**Datum:**.....

K přijetí , prosím, vezměte s sebou průkaz totožnosti, kartičku ZP a věci osobní potřeby.  
Všechny údaje na této žádosti jsou důvěrné a podléhají lékařskému tajemství.