

Ž Á D O S T o p ř i j e t í d o L D N H r a d e c K r á l o v é

Pospíšilova tř. 351 P S Č 5 0 0 0 3

Jméno a příjmení:

Rod.č.:

Stav:

Pojišťovna:

Bydliště:

Obvodní lékař:

Poslední nebo nynější hospitalizace:

Od:

Do:

Kde:

Vyplní lékař:

Anamnéza:

Diagnostické závěry:

Současná léčba:

Duševní stav:

Schopen chůze: ano ne s pomocí

Inkontinentní: ano ne

Zdůvodnění žádosti:

Datum:

Razítko zařízení a podpis lékaře

Vyplní sociální pracovníce nebo zdravotní sestra.

Počet dětí:

Osoby žijící ve společné domácnosti:

Nejbližší příbuzní mimo domácnost:

Žádost do domova důchodců, Penzionu, Domu pečovatelské služby, Ústavu sociální péče podána:

 ano ne kdy

Kdo se o nemocného postará po propuštění z LDN:

podpis pracovníce

Prohlášení nemocného případně příbuzných:

Jsme si vědomi, že žádáme léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby, kdy již nebude možno docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu, bude nemocný propuštěn domů.

Doba pobytu je omezená, určuje jí zdravotní stav a potřeba péče.

podpis nemocného

podpisy příbuzných

Poučení:

O možnosti přijetí bude vyrozuměn lékař podávající žádost.