

Žádost o přijetí pacienta na LDN

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Bydliště:

Základní diagnóza:

Příbuzní:

(jméno, příjmení, vztah,
adresa, telefonní kontakt)

Zařízení, lékař, který o přijetí žádá:

(název ZZ, jméno lékaře, adresa, telefonní kontakt)

Zdůvodnění, proč žádána hospitalizace na LDN:

Duševní stav pacienta:

Demence ANO NE

Schopen chůze: ANO NE s pomocí

Inkontinentní: ANO NE

Očkování proti COVID 19 ANO NE

Datum:

.....
podpis a razítko odesílajícího lékaře

Prohlášení příbuzných:

Jsme si vědomi toho, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby, (buď zhojením, nebo stabilizací stavu, kdy již nebude možné dalším pobytem v léčebně docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu) bude pacient propuštěn domů.

Kam bude pacient následně odeslán:

(adresa, jméno příbuzného,
telefonní kontakt, e-mail)

Datum:

.....
podpis příbuzného

výběr vyznačte křížkem

Žádost zaslat (přinést) na adresu:

AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Přerov

Léčebna dlouhodobě nemocných

Sociální sestra

Dvořákova 75

751 52, Přerov