



Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze  
Václavská 800, 140 59, Praha 4; Fax: 241721260

## Návrh na přijetí do Léčebny dlouhodobě nemocných I. a II. ve Fakultní Thomayerově nemocnici

<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ:</b>	
<b>BYDLIŠTĚ:</b>	
<b>RODNÉ ČÍSLO:</b>	<b>POJIŠŤOVNA:</b>
<b>STAV:</b>	
<b>ŽÁDOST O LÉČEBNU DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH FTNSP</b> <input type="checkbox"/> I.DN I. <input type="checkbox"/> LDN II.	
<b>HOSPITALIZACE PACIENTA KDE:</b>	<b>OD KDY:</b>
<b>DIAGNÓZA HLAVNÍ:</b>	
<b>DIAGNÓZA VEDLEJŠÍ, JINÁ SDĚLENÍ A MEDIKACE:</b>	
<b>PŘEDPOKLÁDANÉ DATUM K PŘIJETÍ:</b>	<b>OBVODNÍ LÉKAŘ:</b>

Najedení	samostatně	neprovede	s pomocí	příjem p. o.	příjem PEG	NSG sonda
<b>Mobilita</b>	samostatně bez pomoci	samostatně po pokoji	nutný doprovod	chodítko	invalidní vozik	imobilní
<b>Porucha paměti</b>	orientován	zmatený klidný	zmatený neklidný			
<b>Kontinence moči</b>	plně kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní			
<b>Kontinence stolice</b>	plně kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní			
<b>Dekubity</b>	ne	ano	kde:	kolik:	stupeň:	

T. č. u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě či jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do LDN. Žádáme o převzetí pacienta k doléčení a následné rehabilitaci.

Datum: \_\_\_\_\_

Navrhující lékař (jméno, pracoviště, razítko, telefon)

<b>Poměry hmotné + příspěvek na péči:</b>	<b>Splatnost:</b>
<b>Poměry bytové:</b>	
<b>Příbuzní (adresa, telefon):</b>	
<b>Žádost do domova důchodců (jiného zařízení):</b> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano – datum a místo	
<b>Pečovatelská služba:</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<b>Home Care:</b> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Po zaléčení a po dohodě s rodinou možno zpět domů. Žádost podána u hospitalizovaných pacientů platí pouze 3 měsíce.	

Datum: \_\_\_\_\_

Sestra pro sociální službu (jméno, pracoviště, telefon)

Souhlas s přijetím (podpis pacienta/zákonného zástupce) \_\_\_\_\_