

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ NEMOCNÉHO NA ONP NEMOCNICE AGEL VALAŠSKÉ MEZIŘÍČÍ a.s.

**Jméno a příjmení:**

**ZP:**

**Rodné číslo:**

**Bydliště:**

**Kontaktní osoba/y vyřizující záležitosti nemocného/vztah k nemocnému:**

**Zařízení, které nemocného posílá:**

akutní oddělení NVM

jiné- vypiš

**Stěžejní diagnóza, pro kterou je pac. hospitalizován (slovně)**

**Zdravotní důvod hospitalizace: (co očekáváte od pobytu na ONP):**

**Stručná sociální anamnéza:**

**Duševní stav nemocného:**

**Schopen chůze:**            ano            ne            s pomocí

**Inkontinence moči:**    ano            ne            s pomocí

**Inkontinence stolice:** ano            ne            s pomocí

**Pobírá nemocný příspěvek na péči:**            ano            ne

**Využívá nemocný terénní soc. službu v domácím prostředí:**    ano            ne

**Podány žádosti do pobytového zařízení sociálních služeb:**    ano            ne

**Kdy:**

**Kde:**

**Datum:**

**Podpis a razítko odesílajícího lékaře:**

*Lékař je povinen s příbuznými uvedenými jako kontaktní osoby probrat důvody přeložení na ONP.*

**Prohlášení nemocného/příbuzných:**

**Jsme si vědomi toho, že žádáme o dočasnou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (buď zhojením, nebo stabilizací onemocnění, kdy již nebude možné dalším pobytem na ONP docílit podstatného zlepšení stavu) bude pacient propuštěn.**

**Poučení:**

**Posuzování zdravotních důvodů přijetí k hospitalizaci a propuštění je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. V situaci, kdy pominou zdravotní důvody hospitalizace a nastanou tzv. sociální důvody, je potřeba tuto situaci řešit včasným zajištěním následné péče po propuštění z nemocnice. Bližší informace a sociální poradenství poskytuje sociální pracovnice Mgr. Monika Ondřejková, kterou můžete kontaktovat na tel. 702 026 439. Nedostatečná kapacita sociálních služeb není důvodem k prodlužování hospitalizace ve zdravotnickém zařízení!**

**Datum:**

**Podpis pacienta:**

**Podpis příbuzných:**