

Žádost o přijetí do SNLP Koprivnice Therápon 98,a.s.

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Oš.lékař:

Odeslán odkud /z místa bydliště, z nemocnice, z DPS.../:

Diagnostický souhrn:

/popis stavu vědomí, kožních změn, KP a TK kompensace a další podstatné diagnostické závěry/

Dosavadní léčba:

/medikamentózní, rehabilitační, pomůcky pro inkontinenci, nutnost převazů.../:

Zdravotní důvod k hospitalizaci v SNLP:

Razítko a podpis lékaře:

Sociální anamnéza:

/S důrazem na péči po propuštění a kam možno pacienta po ukončení léčby propustit.../:

Prohlášení příbuzných / informovaný souhlas/:

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

Důvod hospitalizace je pouze zdravotní a posuzování je v kompetenci vedoucího lékaře.

O ukončení hospitalizace bude rodina osobně nebo telefonicky.

Po propuštění jsou jak děti, tak ostatní příbuzní povinni převzít vyživovací povinnost ve smyslu ustanovení § 87 a § 88 zákona o rodině č. 66/1983Sb.

Při nesplnění této povinnosti budou proti nim uplatněna ustanovení zákona č.456/1990Sb

Datum:

Podpis vedoucího lékaře:

Podpis příbuzných (pacienta):

Nejbl.příbuzný a tel. kontakt: