**Centrum klinické gerontologie (CKG)**

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

MUDr. Zuzana Boháčová, primářka CKG

Sociální pracovnice: tel: 577 552 089, 577, 552 084, 577 552 090

Administrativní pracovnice:tel: 577 552 008

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO CENTRA KLINICKÉ GERONTOLOGIE**

**Jméno a příjmení žadatele:**

**Rodné číslo:**

**Bydliště:**

**Zdravotní pojišťovna:**

**Zaměstnavatel:**

**Rodinný stav:**

**Příspěvek na péči: 🖵 Ne**

 **🖵 Ano Stupeň: I. II. III. IV.**

**Dočasná pracovní neschopnost: 🖵 Ne**

 **🖵 Ano**

**OSOBA BLÍZKÁ:**

**Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………………………………………**

**Vztah k uživateli:…………………………………………………………………………………………………………..**

**Trvalé bydliště:…………………………………………………………………………………………………………….**

**Telefon:……………………………………………………. E-mail:……………………………………………………**

**Prohlášení příbuzných pacienta:**

**Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby, respektive stabilizaci zdravotního stavu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu, bude nemocný propuštěn domů.**

**Délka hospitalizace v CKG vždy závisí na zdravotním stavu pacienta a jeho vývoji a nemůže nahrazovat sociální služby.**

Adresa, na kterou bude pacient propuštěn:

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………… ……………………………………………………

­­­­­­­­­­­­ Datum Vlastnoruční podpis pečující osoby

**Upozornění pro lékaře**:

Lékař, vyplňující žádost, je odpovědný za úplnost a správnost všech uvedených údajů.

* O datu přijetí navrhovaného bude informován ošetřující lékař, který uvědomí nemocného.
* Přepravu zajistí odesílající zdravotnické zařízení.
* Současně posílejte kompletní dostupnou dokumentaci.

**O přijetí a propuštění nemocného rozhoduje výhradně primářka Centra klinické gerontologie na základě zhodnocení zdravotního stavu každého konkrétního nemocného.**

**Oddělení: Datum hospitalizace od:**

**Základní anamnestická data:**

**Objektivní nález:**

**Diagnostické závěry zhodnocením funkčního stavu (stupeň funkčního postižení, klasifikace):**

**Současná terapie:**

**Zdůvodnění návrhu (rozhodující důvod k přijetí):**

**Ošetřovatelská náročnost:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schopnost pohybu** s částečnou pomocí | **Inkontinence moči** občas |
|  s podstatnou pomocí |  stále |
|  úplná závislost |  permanentní katétr |
| **Osobní hygiena** s částečnou pomocí | **Inkontinence stolice** občas |
|  s podstatnou pomocí |  stále |
|  úplná závislost |  |
| **Příjem potravy** s částečnou pomocí | **Dekubity** 1 malý |
|  s podstatnou pomocí |  1 velký |
|  závislost – krmení - sonda |  více malých |
| **Návštěva toalety** s částečnou pomocí | **Spolupráce s nemocným** občas obtížná |
|  s podstatnou pomocí |  velmi obtížná |
|  ležící, potřeba mísy |  |

\*odpovídající skutečnost vyznačte křížkem (vyhodnotí sociální pracovnice)

Celkový počet bodů: ----------------------------

Ošetřovatelská zátěž: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ v minutách

Prohlášení o nepřítomnosti kontaktu s infekčními chorobami: 🖵 Ne

 🖵 Ano

Oddělení, které nemocného odesílá

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum, podpis lékaře, razítko