



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Oddělení sociální

SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM

Příjmení a jméno:
Rodné číslo:
Stav:
Zaměstnání/studium:

Číslo sociálního záznamu:
Pojišťovna:
OP:

Místo trvalého pobytu:

Nejbližší příbuzný /známý/zákonný zástupce (popř. u dětí komu je svěřeno do péče) / jméno, adresa, telefon/ :

Praktický lékař:

DG:

Datum hospitalizace:
Doporučen /kým/:
Finanční poměry:

Klinika: / oddělení:

Soběstačnost:
Mobilita:
Psych. stav:
Komunikace:
Kompenzační / ortopedické pomůcky:

Spolupráce s rodinou:
Sourozenci:
Bytové poměry:

Pacient má:
Příspěvky a dávky:
PS, DP:
Žádost do zařízení zdravotní, sociální péče:
(adresa, datum podání)
Jiné:

Datum zahájení sociálního šetření:
Sociální pracovnice:

Linka:



SOCIÁLNÍ ZÁZNAM

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

SOCIO

Identifikační štítek	Adresa:	
	PSČ:	
	Datum přijetí k hospitalizaci:	
	Ošetřující lékař:	Linka:
Datum zahájení sociálního šetření:	Sociální pracovník:	Linka:
Doporučení (plán propuštění): Dle zdravotního stavu.		Spolupráce s rodinou:
Datum:	Jmenovka:	Podpis:
Datum/čas	Sociální intervence	Jmenovka/podpis

Žádost o přijetí do LDN.

**(Kompletní formulář se skládá ze tří stran, všechny musí být vyplněny.
Formulář je ve formátu Word, lze vyplnit elektronicky)**

Příjmení: _____ Jméno: _____ Titul: _____ Rozená: _____

Datum nar.: _____ Rodné číslo: _____ Místo nar.: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ: _____

Stav: _____ Stát.příslušnost: _____ Zdrav.pojišťovna: _____

Číslo OP: _____ Kým vydán: _____

Jméno, adresa a telefon praktického lékaře:

Nejbližší příbuzný/známý (jméno, adresa, telefon):

Bytové podmínky: _____

Příspěvek na péči: ano-ne Kč: _____

Výše důchodu: _____ Datum splatnosti: _____

Spolupráce s rodinou: _____

K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny !!

SOUHLASÍM S PŘIJETÍM K LÉČEBNÉMU DOČASNÉMU POBYTU do LDN:

datum

podpis pacienta

Informace o žadateli - vyplní lékař (zaškrtněte správný údaj)				
1.	Nají se	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
2.	Dojde na toaletu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
3.	Pohybuje se mimo lůžko	sám	ano	ne
		s doprovodem	ano	ne
4.	Zvládá osobní hygienu	sám	ano	ne
		s asistencí	ano	ne
5.	Používá hůl/berle/chodítka (vzít s sebou)		ano	ne
6.	Pohybuje se na vozíku (vzít s sebou)		ano	ne
7.	Trpí nespavostí		ano	ne
8.	Má poruchy paměti a orientace		ano	ne
9.	Má stavy noční zmatenosti		ano	ne

10.	Pomočuje se	ano	ne
11.	Má zaveden permanentní močový katetr	ano	ne
12.	Udrží stolici	ano	ne
13.	Používá plenkové kalhotky/vložky	ano	ne
14.	Má poruchu sluchu/nedoslýchá	ano	ne
15.	Používá sluchadlo (vzít s sebou)	ano	ne
16.	Je schopen/schopna slovní komunikace	ano	ne
17.	Je schopen/schopna písemné komunikace	ano	ne
18.	Uveďte oblíbenou činnost/zálibu		
19.	Měl/a zavedenou pečovatelskou službu	ano	ne
20.	Má podanou žádost do zařízení následně ošetřovatelské péče, domova pro seniory nebo do jiného nezdravotnického zařízení (uvést adresu a termín podání)	ano	ne

Zdravotní indikace k přijetí do LDN (vyplní ošetřující lékař)

Terapie (vyplní ošetřující lékař)

Prohlášení: U nemocného/nemocné t.č. neprobíhá infekční onemocnění (střevní, TBC, kožní, MRSA), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním, nebezpečným sobě nebo okolí. Pacient má zhotoven RTG plic ne starší jednoho měsíce.

K přijetí je zapotřebí poskytnout překladovou zprávu, výpis ze zdravotní dokumentace, případně zapůjčit celou kartu se zdravotní dokumentací (bude vrácena při propuštění).

Žádost do LDN podal:			
Jméno	datum	linka/tel.	
Žádost do LDN převzal			
Jméno	datum	linka	Poř.č.

Jméno a příjmení: _____ Rodné číslo: _____

Prohlášení a/ pacienta, b/ příbuzného (zastupujícího):

Pominou-li a/ zdravotní důvody mého pobytu v LDN*
b/ zdravotní důvody pobytu pacienta v LDN*
(tj. zdravotní stav již nevyžaduje nepřetržitou lékařskou ústavní péči),

zavazují se a/ spolupracovat na zajištění podmínek mého propuštění*
b/ zajistit návrat pacienta/žadatele do domácího ošetřování v místě trvalého bydliště, ke své rodině či do jiného zařízení, které zajistí další péči ,odpovídajícího aktuálním potřebám pacienta*.

Předpokládaná délka pobytu na LDN jsou tři měsíce.

Do uplynutí této doby je nutno provést komplexní zhodnocení situace a rozhodnout o dalším postupu.

.
datum

.
podpis pacienta
nebo příbuzného

UPOZORNĚNÍ.

Bez úplného vyplnění formuláře včetně sociálních kontaktů pacienta (rodina případně jiní příbuzní včetně jejich adresy a telefonního čísla), kontaktu na příslušného praktického lékaře a podpisu pacienta nelze žadatele přijmout k léčebnému pobytu v LDN. Žadatel musí mít v den příjmu u sebe občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny.

*nehodící se škrtná

Poznámky:

--