

Nemocnice následné péče s poliklinikou Lomnice nad Popelkou

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA

Jméno a příjmení:		r.č.:	
Bydliště:		narozen(a):	
Telefon:		pojišťovna:	
		okres:	

Nejbližší příbuzní:	adresa:	
	telefon:	

Zařízení, které nemocného odesílá:	
Datum přijetí nemocného na oddělení:	
Diagnostické závěry:	

Léčebný postup:	

Zdůvodnění hospitalizace v NNP:	

Duševní stav pacienta:			
Schopnost chůze:	ano	ne	s pomocí
Inkontinentní:	ano	ne	
Očkování:	Pneumokok:	ano	ne
	Tetanus:	ano	ne

Pacient souhlasí s navrženou hospitalizací NNP.

	Podpis odesílajícího lékaře, razítko:
--	---------------------------------------

Přiznán příspěvek na péči: NE ANO I. II. III. IV.

Na vědomí:	Délku hospitalizace určuje zdravotní stav pacienta.
	Nutné vybavení pro hospitalizaci: Platný občanský průkaz, platný průkaz zdravotní pojišťovny, pevná obuv pro rehabilitaci, hygienické potřeby. Finanční hotovost na výdaje spojené s hospitalizací ve výši 500 Kč na měsíc.
	Adresa, kam bude pacient po propuštění z NNP odeslán: