Nemocnice Znojmo	**Žádost o přijetí pacienta na Oddělení dlouhodobě nemocných**

Pacient
Jméno a příjmení:
Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:
Číslo zdravotní pojišťovny:
Praktický lékař:
Kontaktní osoba, opatrovník
Jméno a příjmení:
Telefonní číslo:

Důvod přijetí na Oddělení dlouhodobě nemocných (ODN):

☐ Léčebný důvod ☐ Rehabilitační důvod

Anamnéza (je možné přiložit (připnout) k žádosti v papírové podobě):

Diagnóza (nutné vyplnit)**:**

Aktuální terapie (nutné vyplnit)**:**

Informace o pacientovi (zaškrtněte správný údaj)**:**

Duševní stav:	□ orientovaný	□ částečně orientovaný	□ dezorientovaný	
Mobilita:	□ plná	□ částečná	□ imobilní	
Chůze:	□ plná	□ FH	□ chodítko	□ imobilní
Osobní hygiena:	□ bez pomoci	□ s pomocí	□ neprovede	
Strava + pití:	□ bez pomoci	□ s pomocí	□ neprovede	
Inkontinence:	□ pouze moč	□ pouze stolice	□ moč + stolice	
PMK:	□ ano (datum zavedení: ……..)		□ ne	
PEG/NGS:	□ ano	□ ne		

Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace | MUDr. Jana Janského 2675/11 | 669 02 Znojmo
IČO: 00092584 | DIČ: CZ00092584 | KS Brno 11. 10. 2003, oddíl Pr, vložka 1229
Datová schránka: he9k6qg | info@nemzn.cz
www.nemzn.cz

INFORMACE PRO PACIENTA A JEHO BLÍZKÉ:

Hospitalizace na ODN **je časově omezena (na dobu nutného lékařského dohledu) pouze na dobu léčby** (zhojení či stabilizaci zdravotního stavu). **Po ukončení hospitalizace na ODN bude pacient propuštěn do domácí**, případně jiné jím zvolené **péče**. Sociální hospitalizaci (tzn. čekání na domov důchodců apod.) **NEPOSKYTUJEME**.
!!Podání žádosti o přijetí pacienta na ODN není automaticky podmíněno jeho přijetím!!

Podpis pacienta (případně kontaktní osoby - opatrovníka) ……

Informovaný souhlas:
Souhlasím s podáním žádosti o přijetí na ODN a potvrzuji, že jsem se svobodně seznámil s účelem hospitalizace i charakterem zařízení.
Svým podpisem beru na vědomí, že Nemocnice Znojmo, p.o. bude zpracovávat údaje poskytnuté při podání žádosti o přijetí na ODN pro účely zpracování žádosti a interní potřeby nemocnice, a to v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Datum: ……..
Podpis pacienta (případně kontaktní osoby - opatrovníka) ……

Lékař, který vypisuje žádost je odpovědný za úplnost a správnost údajů a správné informování pacienta a jeho blízkých o důvodech a principech hospitalizace na ODN.

Stav žádosti o přijetí:

Datum vystavení žádosti o přijetí:	
Razítko a podpis lékaře, který žádost vydává:	
Datum rozhodnutí žádosti na ODN:	
Razítko a podpis primáře, který žádost vyřizuje:	
Žádost o přijetí pacienta na ODN*:	přijata
	zamítnuta

* hodící se zaškrtněte

Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace | MUDr. Jana Janského 2675/11 | 669 02 Znojmo
IČO: 00092584 | DIČ: CZ00092584 | KS Brno 11. 10. 2003, oddíl Pr, vložka 1229
Datová schránka: he9k6qg | info@nemzn.cz
www.nemzn.cz