

## Žádost o přijetí na oddělení LDN

### POLIKLINIKA AGEL Praha

Věra Hanzlíková: [vera.hanzlikova@pol.agel.cz](mailto:vera.hanzlikova@pol.agel.cz); Tel: 606 781 012

Příjmení a jméno

Rodné číslo

Zdrav.poj.

Bydliště

Tel.č.

Nejbližší příbuzný

Tel.č.

Obvodní lékař

Odesílající

z oddělení

z domu

Hlavní dg. – důvod hospitalizace:

Vedlejší dg.:

Medikace:

#### Duševní stav

- spolupracuje
- apatický
- zmatený
- agresivní

#### Soběstačnost

##### Pohybová

- chodící
- s dopomocí
- imobilní

##### V hyg.péči

- samostatný
- částečné
- nesamostatný

##### Při jídle

- samostatný
- s pomocí
- krmen
- sonda

#### Inkontinence

- moč
- stolice

#### Dekubity

- ne
- ano

Datum:

Razítko a podpis odesílajícího lékaře

### Prohlášení nemocného, event. příbuzných

Nemocný souhlasí s přijetím na oddělení. Bere na vědomí, že pobyt na tomto oddělení je dočasný.

UPOZORNĚNÍ: Klient musí mít v den příjmu u sebe občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny.