ŽÁDOST O PŘIJETÍ
NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ A PALIATIVNÍ PÉČE - (LDN)
NEMOCNICE HRANICE

Jméno a Příjmení : . . . . . RČ : . . . . . ZP : . . . . . .

Trvalé bydliště : . . . . . .

Praktický lékař : . . . . . .

Odesílající lékař/pracoviště : . . . . . .

Předběžné datum přijetí : . . . . . .

Důvod k přijetí (hlavní dg.) : . . . . . .

Další důležité zdrav. údaje : . . . . . .

Schopen chůze : ☐ ANO ☐ NE

Inkontinence : ☐ ANO ☐ NE

Duševní stav : ☐ KLIDNÝ ☐ ZMATENÝ

Příspěvek na péči : STUPEŇ / ŽÁDOST

Žádost do DS : ☐ ANO ☐ NE

Nejbližší příbuzný (kontakt) : . . . . . .

Kam bude pacient propuštěn : . . . . . .

Datum podání žádosti : . . . . . .