

INDIKAČNÝ FORMULÁR PRE POSKYTOVANIE STAROSTLIVOSTI V DOME OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Meno a priezvisko:
Číslo poistenca: Zdravotná poisťovňa:
Bydlisko:
Prijatie odporučil lekár:
Číslo telefónu, prípadne iný kontakt (e-mail) lekára:
Diagnóza podľa MKCH:

Špecifikácia pacienta / indikačná skupina:

- | | |
|--|--|
| ☐ s imobilizačným syndrómom | ☐ po úraze s obmedzenou hybnosťou |
| ☐ s chronickým ochorením | ☐ s narušenou integritou kože |
| ☐ v rehabilitačnom programe | ☐ s psychiatrickým ochorením |
| ☐ po chirurgickom výkone | ☐ s neurologickým ochorením |
| ☐ v rekonvalescencii | |

Predchádzajúca hospitalizácia (Oddelenie):

Od: Do:

Doporučená dĺžka pobytu v DOS:

Odporúčaná liečba:

Týmto potvrdzujeme správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Dátum:

.....
Podpis a odtlačok pečiatky lekára

Ošetrovateľská starostlivosť /vyplní DOS/

Názov testu, merania	Počet bodov, skóre	Slovné hodnotenie
ADL		
Nortonovej škála		
MMS		

Ošetrovateľský problém, diagnóza a kód:

Ošetrovateľský plán:
.....

Týmto potvrdzujem správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Vypracoval:..... Dátum:.....

Podpis odborného zástupcu
a odtlačok pečiatky

Stanovisko revízneho lekára ZP k prijatiu a pobytu pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti

A) Súhlasím s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v DOS a navrhovanou dĺžkou pobytu.

B) Navrhujem nasledovnú zmenu:

.....
.....

Dňa:

.....
Pečiatka a podpis revízneho lekára