

INDIKAČNÝ FORMULÁR

PRE POSKYTOVANIE STAROSTLIVOSTI V DOME OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Meno a priezvisko

Číslo poistenca

Bydlisko

Zdravotná poisťovňa

Prijatie odporučil lekár

Odtlačok pečiatky a kód lekára

Diagnóza podľa MKCH

Špecifikácia pacienta / indikačná skupina:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> s imobilizačným syndrómom | <input type="checkbox"/> po úraze s obmedzenou hybnosťou |
| <input type="checkbox"/> s chronickým ochorením | <input type="checkbox"/> s narušením integritou kože |
| <input type="checkbox"/> v rehabilitačnom programe | <input type="checkbox"/> s psychiatrickým ochorením |
| <input type="checkbox"/> po chirurgickom výkone | <input type="checkbox"/> s neurologickým ochorením |
| <input type="checkbox"/> v rekonvalescencii | |

Predchádzajúca hospitalizácia:

Oddelenie

od:

do:

Doporučená dĺžka pobytu vDOS:

Odporúčaná liečba:

Číslo telefónu, prípadne iný kontakt
(Fax, e-mail) lekára, ktorý odporučil prijatie:

Podpis lekára:

Dátum:

Týmto potvrdzujeme správnosť a úplnosť
všetkých vyplnených údajov.

Ošetrovateľská starostlivosť / vyplní DOS /

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

Ošetrovateľský problém , diagnóza a kód

Ošetrovateľský plán

Vypracoval

Dátum

Týmto potvrdzujem správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Podpis odborného zástupcu

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: