

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie:
so sídlom:
Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:
Rodné číslo: Číselný kód zdravotnej poisťovne:

Bydlisko trvalé:
Bydlisko prechodné:

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....
.....

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz):

-
- | | | | |
|----------------------------|---|--|-------|
| <input type="checkbox"/> H | – | pacient/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou | (50%) |
| <input type="checkbox"/> I | – | imobilný pacient/pacientka | (75%) |
| <input type="checkbox"/> F | – | pacient/pacientka s psychiatrickou diagnózou
mentálne retardovaný pacient/pacientka | (75%) |

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....
.....
.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:

.....
.....
.....
.....

Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:

do 1 mesiaca do 30 mesiacov do 6 mesiacov nad 6 mesiacov

Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhol:

.....

Dátum:.....

.....
podpis lekára
a odtlačok pečiatky

.....
podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky