

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA NA DIOP

Jméno a příjmení, titul			
Datum narození/rodné číslo		Pojišťovna	
Trvalé bydliště			
Praktický lékař/kontakt na lékaře			
Nejbližší příbuzný kontakt, bydliště			
Poslední hospitalizace:	Kdy:	Kde:	
Detenční řízení	Soud + kontakt: <input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne
PN	<input type="checkbox"/> ano	číslo PN:	<input type="checkbox"/> ne
Starobní/invalidní důchod (stupeň)	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Příspěvek na péči	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

### Zdravotní stav:

Invazivní vstupy	<input type="checkbox"/> TSK č.	<input type="checkbox"/> PMK č.	<input type="checkbox"/> PEG
Stomie	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kolostomie <input type="checkbox"/> ileostomie <input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> urostomie		
Dekubity	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	lokalizace:	stupeň:

### Funkční stav:

Vědomí (zhodnotit slovně i GCS):	
Hmotnost pacienta/ky:	

**Vyplněnou žádost společně s aktuální epikrízou pacienta/ky zašlete na kontaktní email:**

[koordinator@chronicare.cz](mailto:koordinator@chronicare.cz) / tel. +420 775 530 275

Datum vystavení:

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře + tel. kontakt