

## Formulář k přijetí na kliniku

**I. Údaje o klientovi:** Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Zdr. Poj.: \_\_\_\_\_ Stav: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_  
PSC: \_\_\_\_\_ St. přísl. \_\_\_\_\_

Praktický lékař (jméno, adresa)

**Vyplní navrhující lékař:**

Důvod k přijetí:

Diagnóza:

Podstatné údaje z anamnézy a obj. nálezů:

Současná medikace (síla, dávkování)

**Dieta:**

<b>Soběstačnost:</b>	ano	s asistencí	ne	<b>Pohyb:</b>	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s dopomocí
hygiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s 1 opěrnou pomůckou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s nízkým chodítkem
jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se 2 opěrnými pomůckami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s vysokým chodítkem
oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mechanický vozík <input type="checkbox"/> přesuny samostatně <input type="checkbox"/> dopomoc na vozík		
posazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
stoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ležící	tělesná váha:	
chůze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Vyprazdňování - moč**  
 kontinentní  inkontinentní  PMK

**Vyprazdňování - stolice**  
 kontinentní  inkontinentní  STOMIE

**Orientace, spolupráce:**

plně spolupracující, orientován místem a časem  
 omezená spolupráce, zhoršená orientace  
 minimální nebo žádná spolupráce, desorientace

smyslová porucha (slepota, hluchota)  
 psychické poruchy (neuróza, psychóza, demence)  
 neklid  
 konfliktní

**Spolupráce při rehabilitaci:**

aktivní, plně spolupracující  
 částečně aktivní  
 zcela pasivní  
 odmítá rehabilitaci

**Dekubity:**  povrchní  hluboký  
lokalizace  
rozsah  
**MRSA**  ano  ne

Řízení o omezení právní způsobilosti zahájeno:  ne  ano (kde, kdy)

Řízení ukončeno:  ne  ano (kdy, výsledek)

T.č. u klienta nejsou známky onemocnění infekčního, psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do kliniky Na košíku.

Jméno a podpis lékaře, datum, razítko zařízení:

**II. Údaje o nejbližším příbuzném / kontaktní osobě / - vyplní soc. pracovníce, klient nebo příbuzný:**

Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:	Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:
Adresa:	Adresa:
Telefon:	Telefon:
E-mail:	E-mail:

**III. Sociální šetření:**

Klient je nyní umístěn (kde, od):

Klient žije:  s rodinou  sám  v DD  v ústavu soc. péče  DPS

Podána žádost do někt. soc. zařízení:  ne  ano (kam, kdy)

Převzetí po ukončení pobytu:  rodina  DD  DPS  zajištěna pečovatelská služba

**III. Prohlášení žadatele** (příbuzných, pečovatele): Jsem si vědom(a), že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatné zlepšení zdravotního stavu) propuštěn(a).

**Datum:**

**Podpis klienta** (příbuzného, opatrovníka)

**Podpis sociální pracovníce**