

Indikačný formulár

pre poskytovanie starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti

Meno a priezvisko

Číslo poistenca

Bydlisko

Zdravotná poisťovňa

Prijatie odporučil lekár

Odtlačok pečiatky a kód lekára

Diagnóza podľa MKCH

Špecifikácia pacienta / indikačná skupina:

- | | |
|--|--|
| ☐ s imobilizačným syndrómom | ☐ po úraze s obmedzenou hybnosťou |
| ☐ s chronickým ochorením | ☐ s narušením 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:

Kontakt na lekára, ktorý odporučil prijatie:

Podpis lekára:

- ☐ Týmto potvrdzujeme správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Dátum:

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:

Dátum

Pečiatka a podpis revízneho lekára: