

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):

.....

☐ H – pacient/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

☐ I – imobilný pacient/pacientka (75%)

☐ 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 navrhoval:

.....

Dátum:

.....
Podpis lekára
a odtlačok pečiatky

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