**Návrh na poskytovanie mobilnej hospicovej starostlivosti**(príjem, predĺženie)

**Zdravotnícke zariadenie: Zdravá župa, s. r. o., Mobilný hospic**

**Študentská 3579/16, 917 08 Trnava, Slovenská republika**

**Meno, priezvisko, titul odborného zástupcu: MUDr.Ján Rajec, PhD, MBA**

**číslo telefónu: +421 945 458 008 e-mail: mobilnyhospic@zdravazupa.sk**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky: Kliknutím zadáte text.

Rodné číslo: Kliknutím zadáte text. Číselný kód ZP: Kliknutím zadáte text.

Bydlisko trvalé: Kliknutím zadáte text. tel. kontakt: Kliknutím zadáte text.

Bydlisko prechodné: Kliknutím zadáte text.

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti: Kliknutím zadáte text.

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH): Kliknutím zadáte text.

Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz): Kliknutím zadáte text.

**Funkčný stav pacienta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** Kliknutím zadáte text.

**Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:** Kliknutím zadáte text.

**Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:** od: Kliknutím zadáte text. do Kliknutím zadáte text.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| do 1mesiaca | do 3 mesiacov | do 6 mesiacov |

**Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhoval:** Kliknutím zadáte text.

Kód lekára:Kliknutím zadáte text. Kód poskytovateľa: Kliknutím zadáte text.kontakt: Kliknutím zadáte text.

Dátum: Kliknutím zadáte text.

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

podpis lekára podpis odborného zástupcu poskytovateľa

a odtlačok pečiatky ošetrovateľskej starostlivosti aodtlačok pečiatky

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Telefón**  +421 945 458 008 | **Email**  mobilnyhospic@zdravazupa.sk | **IČO**  53 708997 |  | **Internet**  www.zdravazupa.sk |