

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

Číslo telefónu, prípadne iný kontakt (fax, e-mail)
lekára, ktorý odporučil prijatie

Podpis lekára

Dátum

☐ Týmto potvrdzujem správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov

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