|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:** |
| Rodné číslo:       | Zdravotná poisťovňa:       |
| Adresa trvalého bydliska:       |

|  |
| --- |
| **Diagnóza**(uveďte priority podľa závažnosti príznakov, prípadne priložte prepúšťaciu správu) Kód 10. MKCH |
| a) hlavná:       |  |
|  |
| b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:       |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Známe alergie:       |
|  |
| **Aktuálna terapia:**       |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Ako je pacient informovaný o svojej diagnóze, prípadne prognóze? |
|       |
| Duševný stav pacienta:       |
|  |
| Diéta:       |
| Mobilnosť pacienta: *(vyznačte krížikom)* | ꙱ schopný samostatnej chôdze  | **꙱**  s oporou  | ꙱ na vozíku  | **꙱** ležiaci  |
| Inkontinencia:  | **꙱** moču  | **꙱** stolice  |
| Prítomnosť dekubitov: *(uveďte rozsah)*  |
|       |

|  |
| --- |
|  Iné údaje:         |
| Kód lekára:      | Telefón:      | E-mail:      |
| V       dňa       Podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára |

|  |
| --- |
| **Lekár zašle vyjadrenie**  |
| **adresa:** | **Bližšie informácie je možné získať:** |
| Hospic Milosrdných sestierSúvoz 739911 01 Trenčín |
| **Telefón: prvý kontakt:** 0901 909 011 | **e-mail:** ziadosti@hospictn.sk**web:**  www.hospictn.sk  |