|  |  |
| --- | --- |
| **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 sestier  Súvoz 739  911 01 Trenčín |
| **Telefón: prvý kontakt:** 0901 909 011 | **e-mail:** ziadosti@hospictn.sk  **web:**  www.hospictn.sk |