



SENATORIUM

ÚČTA, PÉČE, DOSTUPNOST

PHF Senatorium a.s.

nám. Svobody 527
739 61 Třinec

IČ: 09469044
DIČ: CZ09469044

www.senatorium.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

1. Výběr zařízení

- BRNO - VIVIDUS OSTRAVA - JIH FRÝDEK - MÍSTEK
 PRAHA - VESTEC OLOMOUC - OKRUŽNÍ

2. Údaje o pacientovi

Jméno a příjmení:

Číslo OP:

Rodné číslo:

Kód zdrav. pojišťovny:

Bydliště:

3. Zdravotní informace

Praktický lékař (adresa):

Odesílací zařízení, oddělení:

Důvod žádosti o přijetí k hospitalizaci:

Byl pacient v posledních třech měsících ve styku s nakažlivými nemocemi (např. MRSA):

ANO NE

Psychický stav pacienta:

orientovaný částečně orientovaný dezorientovaný

Pohyblivost:

- mobilní
 mobilní s dopomocí
 imobilní

Soběstačnost:

- nezávislý zcela závislý na péči
 s pomocí

specifikujte _____

Řeč, komunikace:

běžná

omezená

nemožná

cizinec - jazyk:

Inkontinence:

kontinentní

částečně inkontinentní

inkontinentní

Integrita kůže:

neporušená

porušená

specifikujte _____

Tělní vstupy:

fyziologické

tracheostomie

kolostomie

jiné

specifikujte _____

močový katetr

PEG

NG sonda

Smyslové poruchy:

ztráta zraku plná/částečná

ztráta sluchu plná/částečná

jiné

specifikujte _____

Vyberte z výše uvedených možností.

Pacientův stav neumožňuje účinnou ambulantní formu léčby a rehabilitace. Pacienta je možno převzít do péče jenom pokud faktický zdravotní stav pacienta odpovídá údajům v žádosti a zároveň odpovídá typu a vybavení zdravotnického zařízení poskytovatele. Od hospitalizace lze očekávat stabilizaci somatického stavu, zmírnění obtíží, zlepšení sebeobsluhy nebo pohyblivosti, a tím umožnění návratu do přirozeného prostředí pacienta.

K žádosti doložte zprávu o aktuálním zdravotním stavu a medikaci!

Datum:

Razítko a podpis odesílatelí lékaře:

4. Sociální část

Místo posledního pobytu pacienta:

Bytové podmínky (s kým bydlí, schody, výtah):

Příspěvek na péči: nepřiznán v řízení přiznán ve výši uveďte _____

Podána žádost do sociálního zařízení (např. domova pro seniory): ANO NE

uveďte název zařízení a datum podání žádosti

Kontaktní osoba:

Jméno: _____ Tel.č.: _____

Vztah k pacientovi: _____ E-mail: _____

5. Závazné prohlášení

- Žadatel tímto výslovně žádá a souhlasí s tím, aby mu poskytovatel (PHF Senatorium a.s.) v rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení provozovaném poskytovatelem zprostředkoval/zajistil fakultativní zdravotnické a doplňkové nezdravotnické služby, jejichž výčet, rozsah, podmínky poskytnutí vč. výše úplaty za ně a způsobu úhrady jsou součástí Všeobecných smluvních podmínek poskytovatele, se kterými byl žadatel seznámen.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) souhlasí a bere na vědomí, že po dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení poskytovatele, nezajišťuje poskytovatel účast pacienta na (již dříve naplánovaných) vyšetřeních/kontrolách u specializovaných lékařů, která přímo nesouvisí s hospitalizací pacienta ve zdravotnickém zařízení poskytovatele; tyto lékařské výkony nejsou po dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění a náklady v souvislosti s nimi spojené nese pacient.
- Z tohoto důvodu je pacientům doporučováno přeobjednání pacienta u specialisty na dobu po skončení hospitalizace.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) si je vědom, že žádá o přijetí výše uvedeného pacienta do zdravotnického zařízení PHF Senatorium, odkud bude po ukončení léčby propuštěn do domácí péče nebo předem zajištěného zařízení sociálních služeb. Pobyť v zařízení PHF Senatorium je dočasný a závisí na zdravotním stavu pacienta.
- Níže podepsaný (žadatel a/nebo příbuzný) si je dále vědom, že v případě žádosti o propuštění pacienta je nutné informovat příslušné oddělení a/nebo sociální oddělení zdravotnického zařízení PHF Senatorium minimálně 72 hodin před plánovaným propuštěním.
- Pacienti je možné propouštět pouze v pracovní dny od pondělí do čtvrtka (včetně).

Závazné prohlášení pacienta nebo příbuzných:

Jsme si vědomi, že žádáme o umístění do zdravotnického, nikoliv sociálního zařízení. Po této dočasné hospitalizaci bude pacient propuštěn do domácí péče nebo přeložen do sociálního zařízení.

Datum:

Podpis pacienta (příbuzných):

V souladu s ustanovením § 11 zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů pacient (či jeho zákonný zástupce) i další uvedené osoby souhlasí se zpracováním veškerých osobních údajů uvedených v tomto dotazníku za účelem hospitalizace a plnění zákonných povinností plynoucí z platné legislativy a dále povinností ke státním institucím, zejména zdravotním pojišťovnám, atd.