



KLINIKA NA HANSPAULCE

LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

MSCARE s.r.o.
Tesaříkova 1028/4,
102 00 - Praha 15
Tel: 777 22 84 84
info@klinikanahanspaulce.cz www.klinikanahanspaulce.cz

Formulář k přijetí na kliniku

I. Údaje o klientovi: Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Zdr. Poj.:

Stav:

Trvalé bydliště:

PSC:

St. přísl.

Praktický lékař (jméno, adresa)

Vyplní navrhující lékař:

Důvod k přijetí:

Diagnóza:

Podstatné údaje z anamnézy a obj. nálezů:

Současná medikace (síla, dávkování)

Dieta:

Soběstačnost:

ano s asistencí ne

hygiena	☐	☐	☐
jídlo	☐	☐	☐
oblékání	☐	☐	☐
posazování	☐	☐	☐
stoj	☐	☐	☐
chůze	☐	☐	☐

Pohyb:

☐ samostatně

☐ s dopomocí

☐ s 1 opěrnou pomůckou

☐ s nízkým chodítkem

☐ se 2 opěrnými pomůckami

☐ s vysokým chodítkem

mechanický vozík ☐ přesuny samostatně

☐ dopomoc na vozík

☐ ležící

tělesná váha:

Vyprazdňování - moč

☐ kontinentní ☐ inkontinentní ☐ PMK

Vyprazdňování - stolice

☐ kontinentní ☐ inkontinentní ☐ STOMIE

Orientace, spolupráce: ☐ plně spolupracující, orientován místem a časem ☐ omezená spolupráce, zhoršená orientace ☐ minimální nebo žádná spolupráce, desorientace		☐ smyslová porucha (slepota, hluchota) ☐ psychické poruchy (neuróza, psychóza, demence) ☐ neklid ☐ konfliktní	
Spolupráce při rehabilitaci: ☐ aktivní, plně spolupracující ☐ částečně aktivní ☐ zcela pasivní ☐ odmítá rehabilitaci		Dekubity: ☐ povrchní ☐ hluboký lokalizace rozsah MRSA ☐ ano ☐ ne	
Řízení o omezení právní způsobilosti zahájeno: ☐ ne ☐ ano (kde, kdy) Řízení ukončeno: ☐ ne ☐ ano (kdy, výsledek)			
T.č. u klienta nejsou známky onemocnění infekčního, psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického kontraindikujícího přijetí do AgeCare. Jméno a podpis lékaře, datum, razítko zařízení:			
II. Údaje o nejbližším příbuzném / kontaktní osobě / - vyplní soc. pracovníce, klient nebo příbuzný:			
Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:		Jméno a příjmení, příbuzenský poměr:	
Adresa:		Adresa:	
Telefon:		Telefon:	
E-mail:		E-mail:	
III. Sociální šetření: Klient je nyní umístěn (kde, od): Klient žije: ☐ s rodinou ☐ sám ☐ v DD ☐ v ústavu soc. péče ☐ DPS Podána žádost do někt. soc. zařízení: ☐ ne ☐ ano (kam, kdy) Převzetí po ukončení pobytu: ☐ rodina ☐ DD ☐ DPS ☐ zajištěna pečovatelská služba			
III. Prohlášení žadatele (příbuzných, pečovatele): Jsem si vědom(a), že žádám o přijetí do zdravotnického zařízení, odkud budu po ukončení léčby (buď zhojením nebo stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatné zlepšení zdravotního stavu) propuštěn(a). Datum: Podpis klienta (příbuzného, opatrovníka) Podpis sociální pracovníce			

Více informací získáte na tel.: 777 22 84 84