

Návrh na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: **Stredisko Prof. J. Červeňanského s. r. o.**
Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
Prevádzka: Vajnorská 40, 832 63 Bratislava
IČO: 35691786
telefon: 0903 246
e-mail: studena@sjc.sk

Meno pacienta, titul poistenca:.....

Rodné číslo:..... Kód ZP:.....

Trvalý pobyt:.....

Prechodný pobyt:.....

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie DOS:

.....

.....

Lekárska diagnóza (číslom MKCH 10).....

Sesterská diagnóza (číslom podľa zoznamu sesterských diagnóz).....

Funkčný stav pacienta:

H- pacient s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

I- imobilný pacient (75%)

F- pacient so psychiatrickou diagnózou, mentálne retardovaný (75%)

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:.....

.....

.....

.....

.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:.....

.....

.....

.....

Predpokladaná dĺžka DOS:

do 1 mesiaca

do 3 mesiacov

do 6 mesiacov

nad 6 mesiacov

Dátum:.....

.....
podpis lekára
a odtlačok pečiatky

.....
podpis odborného zástupcu ADOS
a odtlačok pečiatky