

# Návrh na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Mobil: +421 903 246 167 | Email: domacarehabilitacia@gmail.com

## 1. Zdravotnícke zariadenie

Názov zariadenia	<input type="text"/>	IČO	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>	Tel. číslo	<input type="text"/>
		Email	<input type="text"/>

## 2. Pacient

Meno, priezvisko	<input type="text"/>	Trvalé bydlisko	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Prechodné bydlisko	<input type="text"/>
Číselný kód ZP	<input type="text"/>	Tel. číslo	<input type="text"/>
Pohlavie	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

## 3. Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

## 4. Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH)

## 5. Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz)

## 6. Funkčný stav pacienta

H - pacient/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

I - imobilný pacient/pacientka (75%)

F - pacient/pacientka s psychiatrickou diagnózou, mentálne retardovaný pacient/pacientka (75%)

## 7. Plán ošetrovateľskej starostlivosti

## 8. Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie

## 9. Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti

do 1 mesiaca

do 3 mesiacov

do 6 mesiacov

nad 6 mesiacov

## 10. Lekár, ktorý navrhuje ošetrovateľskú starostlivosť

Meno, priezvisko

\_\_\_\_\_

Dátum

\_\_\_\_\_

podpis lekára a odtlačok pečiatky

\_\_\_\_\_

podpis odborného zástupcu poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky