

Žiadosť o prijatie na oddelenie sociálnej starostlivosti

Klient		
Meno a priezvisko:		Rodné číslo:
Trvalé bydlisko:		Číslo preukazu totožnosti:
Poistovňa:		
Kontaktná osoba (syn, dcéra, iný rodinný príslušník klienta)		
Meno a priezvisko:		Rodné číslo:
Trvalé bydlisko:		Číslo preukazu totožnosti:

Zdravotný stav klienta		
Psychický stav		
<input type="checkbox"/> orientovaný	<input type="checkbox"/> dezorientovaný	<input type="checkbox"/> komunikuje
		<input type="checkbox"/> nekomunikuje
Chôdza		
<input type="checkbox"/> mobilný	<input type="checkbox"/> imobilný:	<input type="checkbox"/> čiastočne <input type="checkbox"/> úplne
Príjem potravy		
<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocou druhej osoby	<input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG
Diétna strava		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	
Inkontinencia		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno pomôcky: <input type="checkbox"/> vložky <input type="checkbox"/> plienky <input type="checkbox"/> zavedený PK	
Dekubity		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	
V dňa		
		Podpis klienta resp. kontaktnej osoby
V prípade otázok nás kontaktujte na tel. č. +421 800 00 30 30. Formulár prosím vyplňte čitateľne rukou alebo na písacom stroji.		