

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: ADOSKA,s.r.o.

so sídlom v Trnave, Kapitulská 13, tel.číslo :0908 723 856

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:

Rodné číslo:

kód zdravotnej poisťovne:

Bydlisko trvalé:

Bydlisko prechodné:

Tel.číslo pac.:

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz):

.....
.....

Funkčný stav pacienta:

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

I - imobilný pacient/pacientka (75%)

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

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:

.....
.....

Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:

do 1 mesiaca

do 3 mesiacov

6 mesiacov

nad 6 mesiacov

Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhol: MUDr.

Dátum:

podpis lekára
odtlačok pečiatky

podpis odborného zástupcu ADOSu
a odtlačok pečiatky