



**ŽÁDOST - LDN  
O PŘIJETÍ DO DOMOVA SV. KARLA BOROMEJSKÉHO  
K Šancím 50/6, Praha 17 – Řepy, 163 00**

--

Údaje o žadateli:

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Stav</b>	
<b>Datum narození</b>		<b>Státní přísluš.</b>	
<b>Trvalé bydliště</b>		<b>Pojišťovna</b>	
<b>Faktické bydliště</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Příspěvek na péči:</b>	ANO/NE		

Kontaktní osoby / nejbližší příbuzní:

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>Bydliště</b>		<b>Zaměstnání</b>	
<b>Tel. domů</b>		<b>Tel. do zaměstnání</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>Bydliště</b>		<b>Zaměstnání</b>	
<b>Tel. domů</b>		<b>Tel. do zaměstnání</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

**Plátce:**

<b>Titul, jméno a příjmení</b>		<b>Příbuzenský poměr</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Mobil</b>	

<b>Žadatel přichází odkud:</b>	
--------------------------------	--

<b>Byl již žadatel v našem Domově:</b>		<b>Rok</b>	
--	--	------------	--

<b>Požadované datum přijetí</b>		<b>a propuštění</b>	
---------------------------------	--	---------------------	--

**Kam bude žadatel po ukončení pobytu odcházet:**

**Žádost do trvalého zařízení:**

**Vyjádření sociální komise Domova sv. Karla Boromejského:**

**Druh pobytu:**

## Prohlášení žadatele, popř. zákonného zástupce

- Jsem si vědom/a, že žádám o pobyt, po jehož ukončení zhojením či stabilizací procesu, kdy již nebude možné dalším pobytem docílit podstatného zlepšení zdravotního stavu (zdravotní služba), bude žadatel propuštěn do domácí péče nebo přemístěn do jiného zařízení, které si sám (popř. prostřednictvím rodiny) zajistí.
- Domov nemůže zajistit péči o pacienty, kteří pro různé psychické onemocnění (neklid, dezorientace, rušivé projevy atd.) potřebují pobyt na uzavřeném oddělení, individuální přístup nebo zvýšený dohled. Pokud k těmto projevům dojde během pobytu, lékař Domova zváží s konziliárním lékařem překlad na psychiatrické oddělení nebo po dohodě s rodinou propuštění do domácí péče.
- Umístování pacientů na jednotlivé pokoje určuje personál spolu s lékařem Domova. Změna zdravotního stavu nebo organizační důvody mohou být důvodem eventuálního přestěhování na jiný pokoj.
- Rehabilitace/fyzioterapie pacientů probíhá s ohledem na celkový stav pacienta na základě indikace ošetřujícího lékaře a konziliáře Domova v podobě ošetřovatelské rehabilitace v rámci paušálu hrazeného zdrav. pojišťovnou.  
Nezajišťujeme intenzivní ani speciální rehabilitaci. Nelze vždy naplnit přání rodiny či pacienta, aby se mohl navrátit do stavu před nemocí nebo úrazem.
- Nedodržování léčebného režimu nebo nerespektování pokynů ošetřujícího lékaře pacientem či příbuznými může být důvodem k ukončení pobytu.  
/v souladu se Zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování/
- Provozní poplatek činí 200,-Kč za den. Pomůžete nám dofinancovat náklady na kvalitní službu.
- Jsem si vědom/a, že ponecháním si cenností či finanční hotovosti u sebe - přes možnost uložení v trezoru, nesu za tyto cennosti a peníze svou odpovědnost.  
/platí i pro mobilní telefony, tablety, notebooky a příslušenství, naslouchátka apod./
- Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním a archivací osobních údajů k evidenci žadatele v Domově sv. Karla Boromejského.  
/v souladu s platnou legislativou/

Tyto informace беру na vědomí a prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné důležité skutečnosti o zdravotním stavu žadatele.

.....  
podpis žadatele

.....  
podpis zákonného zástupce

.....  
podpis osoby blízké

## Lékařská zpráva odesílajícího lékaře

Základní údaje o soběstačnosti žadatele (doplňte jméno a příjmení):

			Poznámky
Je závislý na pomoci další osoby při chůzi?	ANO	NE	
Je závislý na pomoci další osoby při obsluze?	ANO	NE	
Pomůcky	ANO	NE	JAKÉ:
Inkontinence	ANO	NE	
Je v péči specializovaného odd.zdrav.zařízení?	ANO	NE	JAKÉHO:
Dieta	ANO	NE	JAKÁ:
Spánek			
Duševní stav			

**Vyplní ošetřující lékař žadatele – klienta (doplňte jméno a příjmení):**

O tom, zda bude žadatel přijat na lůžko LDN, rozhoduje lékařská zpráva o aktuálním zdravotním stavu. K ní se vyjádří lékař Domova a posoudí oprávněnost umístění pacienta také podle kritérií našeho zařízení.

--

**Současná terapie a její dávkování:**

(uvést všechny aktuálně užívané léky žadatele a dávkování)

<b>OČKOVÁNÍ:</b>	Pneumokok	ano	ne	název:	datum očkování:
<b>OČKOVÁNÍ:</b>	TAT	ano	ne	název:	datum očkování:
<b>OČKOVÁNÍ:</b>	Jiné -			název:	datum očkování:
<b>Praktický lékař</b>					
<b>Adresa</b>					
<b>E-mail</b>				<b>Tel</b>	

.....  
datum

.....  
razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil

# VZOROVÉ VYPLNĚNÍ DOPORUČENÍ LÉKAŘEM

## Indikace pro zdravotní lůžko LDN (odb. 9U7)

- 📁👤 Je určeno pacientům s chronickým onemocněním, které vyžaduje zdravotní péči, ale již není indikováno lůžko akutní péče.
- 📁👤 Je určeno pacientům, kteří byli hospitalizováni na akutním lůžku, zdrav. stav je stabilizován, ale ještě vyžaduje hospitalizaci, ne však na akutním lůžku.

Na lůžko LDN odesílá praktický lékař, ambulantní specialista nebo ošetřující lékař nemocnice, který má pacienta v péči. **Je nezbytné doslovně uvést:**

**DOPORUČUJI UMÍSTĚNÍ NA LŮŽKU LDN – a uvést aktuální zdravotní důvody: diagnóza základního onemocnění, všechny ostatní diagnózy, kterými pacient současně trpí, včetně medikace.**

Pojišťovna musí v tomto doporučení shledat dostatečné důvody k umístění na lůžku LDN.

## **Například:**

**Doporučuji další následnou péči na lůžku LDN k rehabilitaci a návratu soběstačnosti.**

**Nebo: ke stabilizaci zdrav. stavu po (výkonu, operaci, úrazu – jakém) apod.**

**Nebo ke zhojení dekubitu a nácviku chůze apod.**

**Nebo: intenzivní lékařská a ošetřovatelská péče s cílem zlepšení zdravotního stavu.**

Umístění na lůžku LDN předpokládá potřebu více než 3 hod. ošetřovatelské péče denně nebo více než 3 návštěvy zdravotní sestry denně (domácí péče poskytuje pouze 3).

V žádosti prosíme, vyplnit zejména **aktuální medikaci, dietu, inkontinenci, péči specialisty, očkování, poslední laboratorní a jiné výsledky vyšetření, duševní stav, spánek, atd.**