

Žádost o zdravotní služby

Jméno a příjmení žadatele			
Rodné číslo			
Datum narození		Místo narození	
Zdravotní pojišťovna			
Adresa trvalého bydliště, PSČ			

Termín nástupu:
Žádám o zdravotní službu (zakřížkujte):
Podání léků p.o.
Aplikace injekcí i.m. a s.c. + materiál
Aplikace injekcí i.m. a s.c.
Aplikace inzulínu a odběr glykémie, podání odvážené stravy
Převaz rány + materiál
Převaz rány
Katetrizace moč. měchýře
Měření fyz. funkcí – TK, P, TT
Krmení sondou PEG
Aplikace Diazepamu p.r. + péče o uživatele po EPI záchvatu
Jiné (napište jaké)
Rehabilitační péče (fyzioterapie, ergoterapie)
Hipoterapie
Animoterapie
Logopedie
Jiná(vypsat jaké):

Žadatel/ navštěvuje / bude navštěvovat školu v Centru Kociánka*:		
mateřská škola	základní škola	střední školu
Žadatel nenavštěvuje školy v Centru Kociánka*:		

* označte křížkem odpovídající variantu

Žádost o zdravotní služby

Zákonný zástupce, opatrovník	
Jméno a příjmení	
Bydliště	
Telefon	
E-mailová adresa:	

Prohlášení zákonného zástupce /žadatele/	
<p>Svým podpisem uděluji souhlas k poskytování zdravotních služeb, které jsou ordinovány lékařem. Souhlasím s následujícím hrazením zdravotních služeb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hrazeno z veřejného pojištění na podkladě vyplněného poukazu FT a K (lze pouze nasmlouvané úkony s jednotlivými pojišťovnami viz příloha) • hrazeno v hotovosti dle platného ceníku zdravotních služeb do 15. dne následujícího měsíce na pokladně nebo převodem dle odvedených zdravotních výkonů. Pokud nebude uhrazena platba, nebudou další měsíc poskytovány žadateli zdravotní služby. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Platba hotově: ano - ne <input type="checkbox"/> Platba převodním příkazem z účtu: <input type="checkbox"/> Číslo účtu Centra Kociánka: 197136621/0710 <input type="checkbox"/> Variabilní symbol 	
<p>Dále beru na vědomí, že změnu léčby nahlásím bez prodlení na zdravotní úsek. Do 8 dnů ohlásím změny týkající změny bydliště, zdravotní pojišťovny, čísla telefonu atd. Centrum Kociánka je výukovým pracovištěm zdravotnických škol a lékařských fakult.</p>	
V	dne
Podpis žadatele /zákonného zástupce	

Informace o poskytovaných zdravotních službách:

Zdravotní služby jsou poskytovány dle zákona č. 372/2011 O zdravotních službách a dle zákona č. 108/2006 Sb. Zákona o sociálních službách.

Zdravotní služby jsou poskytovány zdravotnickými pracovníky, jejichž odborná a specializovaná způsobilost odpovídá oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám a řídí se zákonem č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.

Žádost o zdravotní služby

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM (vyplňuje praktický lékař)			
Jméno a příjmení			
Trvalé bydliště			PSČ
Datum narození	Rodné číslo	Pohlaví	
Zdrav. pojišťovna			

Diagnóza			Číslo Dg.
-----------------	--	--	------------------

Rodinná anamnéza
Osobní anamnéza
Podávané léky (přesný rozpis užívaných léků)
Alergie

Žádost o zdravotní služby

Ortopedická péče ano ne

(přiložit poslední zprávu z ortopedického vyšetření)

Neurologická péče ano ne

(přiložit poslední zprávu z neurologického vyšetření)

Psychiatrické péče ano ne

(přiložit poslední zprávu z psychiatrického vyšetření)

Psychologické péče ano ne

(přiložit poslední zprávu z psychologického vyšetření)

Ostatní specializované ambulance

Vypsat:

(přiložit poslední zprávy z vyšetření)

Registrace u praktického lékaře (jméno, adresa, telefon)

Požadované zdravotní služby

Léčebná rehabilitace ano ne

Klinická logopedie ano ne

Ošetrovatelská péče poskytovaná všeobecnou sestrou (pokud požadujete nutné naordinovat jakou a v jakém rozsahu – např. katetrizace močového měchýře 5x denně)

Vzhledem ke zdravotnímu stavu žadatele navrhuji – nenavrhuji */ poskytování zdravotních služeb v Centru Kociánka

Datum:

Razítko a podpis lékaře

*/ nehodící škrkněte.