Dom RAFAEL – DOS
Kutlíkova 15
85102 Bratislava

B

telefón: 02/43191987, 0904 344454
email: info@domrafael.sk
http://www.domrafael.sk

Žiadosť o prijatie do Domu RAFAEL – Dom ošetrovateľskej starostlivosti

Prijatie do ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti:

Prijatie do DOSu je možné len NA ZÁKLADE ODPORUČENIA LEKÁRA

☐ uvedenom v prepúšťacej správe (správu treba doložiť ako prílohu k žiadosti)

☐ vyplnením Návrhu na prijatie pacienta do ošetrovateľskej starostlivosti (na opačnej strane tejto žiadosti).

PACIENT - základné informácie *(vyplní žiadateľ / rodina)*

Meno, priezvisko, titul: **Zdrav. poisťovňa**:

Trvalý pobyt: **Rodné číslo/ Dátum narodenia:**

Prichádza: ☐ z domu ☐ zo zariadenia/z nemocnice:

Posledná hospitalizácia: kde:
od: do:

Predpokladaný spôsob zabezpečenia liekov:

☐ všetky lieky si prinesie so sebou (lieky musia byť prinesené v originálnom balení v dostatočnom množstve)

☐ zabezpečí predpísanie e-receptu ambulantným lekárom, vždy podľa pokynov Domu RAFAEL

Praktický/Všeobecný lekár: **Pracovisko/Adresa**:

Kontakt (tel.,email):

ŽIADATEĽ / rodina - kontaktné osoby

Meno, priezvisko, titul: **Vzťah k pacientovi**:
Kontakt (tel.,email):

Meno, priezvisko, titul: **Vzťah k pacientovi**:
Kontakt (tel.,email):

Žiadateľ svojim podpisom potvrdzuje, že on rovnako ako pacient:

- *budú rešpektovať a dodržiavať doporučený **liečebný režim**,*
- *akceptujú, že v Dome RAFAEL **neposkytujeme špeciálnu dietetickú stravu**,*
- *v žiadosti uviedli **pravdivé informácie** a nezatajili dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,*
- *k žiadosti priložili aktuálne lekárske nálezy od všetkých špecialistov (oftalmológ, diabetológ, onkológ, hematológ, psychiater,...) – potrebné doložiť len ak má pacient dispenzárnu starostlivosť u špecialistov.*
- *V prípade, že sa po prijatí do Domu RAFAEL preukáže nepravdivosť alebo neúplnosť informácií uvedených žiadateľom, vyhradzuje Poskytovateľ právo ukončiť hospitalizáciu a vrátiť pacienta do domáceho prostredia.*

_____ _____

Dátum **podpis žiadateľa**

VYJADRENIE POSKYTOVATEĽA *(vyplní akceptačná komisia Domu RAFAEL)*

Prijatie na oddelenie: **Predpokladaný dátum nástupu:**

Dátum schválenia: **Podpis a pečiatka PZS**

FDR-078B verzia 01
platnosť od: 01.12.2025

Návrh na prijatie pacienta do ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti *(vyplní lekár)**

Odporúčajúci lekár/Špecialista: **Pracovisko/Adresa**:

AA:
Intolerancie:

Diéta: ☐ nie ☐ diabetická ☐ bezlaktózová ☐ bezlepková ☐ iná - aká:

Hmotnosť: _____kg **Výška:** _____ cm **BMI:** _____

Aktuálny fyzický stav:	**Pohyblivosť**:	☐ chodiaci	☐ chodí s pomôckou	☐ nechodí, sedí	☐ imobilný
	Inkontinencia:	☐ nie	☐ áno (len moč)	☐ áno (moč aj stolica)	
	Dekubity:	☐ nie	☐ áno – kde sa nachádzajú:		
	Zmeny na koži:	☐ nie	☐ áno – aké zmeny:		
Zmyslové poruchy:	**Porucha sluchu**:	☐ nie	☐ áno – aká:		
	Porucha zraku:	☐ nie	☐ áno – aká:		
	Porucha reči:	☐ nie	☐ áno – aká:		
Aktuálny psychický stav:	**Poruchy**:	☐ nie	☐ áno – aké:		
	Liečba:	☐ nie	☐ áno – aká:		

Kolonizácia multirezistentným patogénom: ☐ nie ☐ áno – kmeň:
(potrebné doložiť potvrdenie o bezinfekčnosti)

Hlavná lekárska dg slovom a kódom podľa MKCH:

Vedľajšie dg slovom a kódom:

Hlavné indikácie do domu ošetrovateľskej starostlivosti:

☐ s imobilizačným syndrómom
☐ s chronickým dekompenzovaným ochorením
☐ v rehabilitačnom programe
☐ po chirurgickom výkone
☐ v rekonvalescencii
☐ po úraze s obmedzenou hybnosťou
☐ s narušením integritou kože
☐ s psychiatrickým ochorením
☐ s neurologickým ochorením
☐ s iným zdravotným problémom:

Aktuálny zdravotný stav:

Všeobecný cieľ hospitalizácie (podľa §2 (38) 576/2004 Zb)**:**

- ✓ maximálne možné obnovenie kognitívnych, telesných, zmyslových a duševných funkcií,
- ✓ odstránenie vzniknutých funkčných porúch alebo náhrada niektorej funkcie organizmu,
- ✓ zmiernenie prejavov a dôsledkov choroby

Konkrétne ciele hospitalizácie podľa lekára:

Aktuálna liečba/farmakoterapia - dávkovanie

Kompletná medikácia pacienta (vrátane kvapiek, mastí, liekov p.p., ...):

Názov lieku vrátane gramáže *(ak je **p.p**. treba uviesť)*	Dávkovanie				Názov lieku vrátane gramáže *(ak je **p.p**. treba uviesť)*	Dávkovanie			
	R	O	V	N		R	O	V	N

Dátum: **Podpis a pečiatka lekára**

** V prípade nevyplnenia, žiadateľ prekladá kópiu prepúšťacej správy, v ktorej sú uvedené potrebné informácie.*