

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie:
so sídlom:
Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:
Rodné číslo: Číselný kód zdravotnej poisťovne:

Bydlisko trvalé:
Bydlisko prechodné:

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....
.....

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

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

-
- 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 30 mesiacov do 6 mesiacov nad 6 mesiacov

Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhol:

.....

Dátum:.....

.....
podpis lekára
a odtlačok pečiatky

.....
podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky

Nemocnica AGEL Handlová s.r.o.

Ulica SNP 26, 972 51 Handlová, Tel: +421 46 5192 777, E-mail: nemocnicahandlova@nha.agel.sk, nemocnicahandlova.agel.sk, Spoločnosť
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Trenčín, oddiel: Sro, vložka č. 15133/R, Bankové spojenie: Československá obchodná banka, a.s.,
IBAN: SK227500000000225016273, BIC: CEKOSKBX, IČO: 36339865, DIČ: 2021911397, IČ DPH: 7120001372 www.agel.sk