



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
Dom ošetrovateľskej starostlivosti
Indikačný formulár
pre poskytovanie starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti

Meno a priezvisko:

Číslo poistenca:

Bydlisko:

Zdravotná poisťovňa:

Odtlačok pečiatky a kód lekára

Prijatie odporučil lekár:

Diagnóza podľa MKCH:

Špecifikácia pacienta / indikačná skupina:

- ☐ s imobilizačným syndrómom
- ☐ s chronickým ochorením
- ☐ v rehabilitačnom programe
- ☐ po chirurgickom výkone
- ☐ v rekonvalescencii
- ☐ po úraze s obmedzenou hybnosťou
- ☐ s narušením integritou kože
- ☐ s psychiatrickým ochorením
- ☐ s neurologickým ochorením

Predchádzajúca hospitalizácia:

Oddelenie:

od:

do:

Doporučená dĺžka pobytu v DOS:

Odporúčaná liečba:

Číslo telefónu, prípadne iný kontakt (Fax, e-mail) lekára, ktorý odporučil prijatie:

Týmto potvrdzujeme správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Podpis lekára:

Dátum: