

Žiadosť o liečbu na ODCH v zdravotníckom zariadení VITALITA n.o. LEHNICE

Adresa: 930 37 Lehnice 113
Telefón /Fax: 031/5918 200 / 031/5918 201

E-mail: sekretariat@vitalita-lehnice.sk
Web: www.vitalitalehnice.sk

Meno a priezvisko poistenca:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo poistenca:

Zdravotná poisťovňa:

- **Medicínske odôvodnenie návrhu** (nutné vyplniť):

Cieľ liečby na ODCH (prosím označte):

- 1) celkové zlepšenie a) zdravotného stavu b) mobility c) samo obslužnosti
 2) zmiernenie bolestí iné:

Ambulantná liečba (prosím označte): 1) nemožná z dôvodu: a) imobility b) celkového oslabenia organizmu
 2) neúčinná/ málo účinná iné:.....

Predchádzajúca hospitalizácia vo Vitalita n.o. Lehnice: (prosím označte): ÁNO NIE

Efekt predchádzajúcej liečby vo Vitalita n.o. Lehnice: 1) Veľmi dobrý 2) Neutrálny 3) iné.....

- **Objektívne zhodnotenie stavu pacienta:**

Mobilita (prosím označte): 1) bez pomôcok 2) chôdza s pomôckami 3) imobilita

- **Záver odborných vyšetrení je potrebné priložiť k žiadosti.**

- **Diagnostický záver (slovom a číslom podľa MKCH-10):**

Navrhujúci ošetrojúci lekár:

Odtlačok pečiatky a kód lekára:

Stanovisko VITALITA n.o. LEHNICE:

S prijatím do ústavnej liečby vo VITALITA n.o. LEHNICE
súhlasím – nesúhlasím
Podpis a odtlačok pečiatky:

VYPLNÍ POISTENEC - PACIENT:

- Žiadam o hospitalizáciu v 3-lôžkovej izbe s vyšším štandardom za poplatok 4,00 € / deň**
(prosím označte)

VITALITA n.o. si vyhradzuje právo rozhodnúť o pridelení izby s vyšším štandardom v pavilóne „A“ po posúdení zdravotného stavu pacienta.

Súhlasím s uvedením osobných údajov na tomto tlačive.

Číslo telefónu poistenca:

Podpis poistenca – pacienta:

Najbližší príbuzní (meno, adresa, tel. číslo):

Okrem požadovaných údajov na žiadosti prosíme neuvádzajte žiadne Vaše požiadavky.