



Dotazník ošetřovatelských nároků

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

Košumberk 80, 538 54 Luže

Vyplní HL

číslo žádosti:

vystavena:

pavilon:

Vyplní klient:

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:	Pojišťovna:
Adresa trvalého pobytu:		Tel. číslo:		
		E-mail:		
Zaměstnavatel:	Dočasná prac. neschopnost:			
Adresa:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Povolání:	Vystavena dne:			
Praktický lékař - jméno:	Tel. číslo:			
Adresa:	E-mail:			

Vyplňte, prosím, JAK ZVLÁDÁTE tyto činnosti:

1. Najedení, napití:			2. Oblékání:		
3. Osobní hygiena:			4. Koupání, sprchování:		
5. Problémy s udržení moči:			6. Problém s udržení stolice:		
7. Použití WC:			8. Přesun z lůžka na židli/vozik:		
9. Pohyb po rovině:			10. Chůze po schodech:		

Používám tyto pomůcky:	Pomůcky zvládnou:
<input type="checkbox"/> vycházkovou hůl <input type="checkbox"/> dlahu	<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s nutnou dopomocí
<input type="checkbox"/> 1 francouzskou hůl <input type="checkbox"/> ortézu	Jak se dorozumím? <input type="checkbox"/> řeč s poruchou <input type="checkbox"/> řeč bez poruch
<input type="checkbox"/> 2 francouzské hole <input type="checkbox"/> jiné	Typ poruchy:
<input type="checkbox"/> invalidní vozík	Dietní omezení doporučené lékařem:
	Alergie: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

Kožní defekty: bércový vřed, proleženina apod. (pokud ano, popište):

Napište, jaké léky v současné době užíváte a jejich dávkování: (v případě nedostatku místa uveďte na druhou stranu)

Datum:	Telefon: 469648 915, 916 Fax: 469648917 www.hamzova-lecebna.cz	Podpis klienta:
--------	--	-----------------

e-mail: lecebne-pobyty@hamzova-lecebna.cz

FS 09001-3 Dotazník ošetřovatelských nároků

!!! Prosíme o vyplnění dotazníku a zaslání obratem zpět !!!