



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV

ŽÁDOST K PŘIJETÍ na spinální rehabilitační jednotku

Adresa: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Košumberk 80, 538 54 Luže
Tel: 469 648 613 (292,916), **fax:** 469 648 919, **e-mail:** lecebne-pobyty@hamzova-lecebna.cz
www.hamzova-lecebna.cz

Vyplní ošetřující lékař vystavující žádost:

Rodné číslo: 	Příjmení:	Jméno:	Titul:	Pojišťovna:
Adresa trvalého pobytu: ulice (místo), č.p.:			PSČ: 	Telefon:
Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm): ulice (místo), č.p.:			E-mail:	

Hlavní dg. pro kterou je indikována rehabilitační péče na spinální jednotce:	Číslo diagnózy:
--	-----------------

Vedlejší diagnózy:

<p>Popis aktuál. klinického nálezu vč. podrobného popisu funkčních schopností pacienta, jeho soběstačnosti, zvláštností vyžadujících specifickou péči, způsobilosti oběhového aparátu pacienta k zátěži, omezení zátěže při rehabilitaci (event. přiložte jako přílohu odborná vyšetření, popis RTG, CT, MRI, další vyšetření):</p>
--

Současná medikace vč. dávkování:

Vypsat pomůcky, kterými je pacient vybaven:

Praktický (ošetřující) lékař - jméno a příjmení:

Adresa: ulice (místo), č.p.: **PSČ:** **Telefon:**

Nejbližší osoba pacienta (příbuzná nebo jiná, kterou si určil pacient) - jméno a příjmení: **Vztah:**

Kontaktní adresa: **PSČ:**

Telefon ve dne: **E-mail:**

Telefon večer a v noci:

Kdo převezme péči o pacienta po propuštění (není-li shodná s nejbližší osobou) - jméno a příjmení: **Vztah:**

Kontaktní adresa: **PSČ:**

Telefon ve dne: **E-mail:**

Telefon večer a v noci:

Poslední hospitalizace (kdy, kde, oddělení, důvod):

Žádost vystavil dne:

Razítko, podpis, odbornost, IČZ lékaře: