

Ž Á D O S T O P Ř I J E T Í

Jméno:	Příjmení:
Datum narození:	Rodné číslo:
Rodinný stav:	Pojišťovna:
Trvalé bydliště:	
Hospitalizace v zařízení:	
Praktický lékař, telefon:	
Diagnóza hlavní:	
Diagnóza ostatní:	
Terapie (včetně dávkování):	

Pohyblivost: bez hrubších poruch, dojde na WC, chůze po pokoji, používá hole, chodítko, invalidní vozík, upoután/a na lůžko. T. č. u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem nebezpečným sobě i jiným, ani akutní onemocnění.

Jméno a příjmení lékaře, razítko zařízení:	
Datum:	Podpis lékaře:

Nejbližší příbuzní:

Jméno a příjmení:
Adresa:
Telefon:

Pokud pominou zdravotní důvody hospitalizace, bude pacient z centra následné péče propuštěn.

Souhlasím s přijetím na centrum následné péče (CNP) MEDICON Hospitals s.r.o.

Datum:	Podpis pacienta:
--------	------------------