NsP, n.o. Revúca

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: .....

so sídlom: .....

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky: .....

Rodné číslo: ..... Číselný kód zdravotnej poisťovne: .....

Bydlisko trvalé: .....

Bydlisko prechodné: .....

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:

.....

.....

.....

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

.....

Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz):

.....

☐ H – pacient/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

☐ I – imobilný pacient/pacientka (75%)

☐ F – pacient/pacientka s psychiatrickou diagnózou mentálne retardovaný pacient/pacientka (75%)

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

.....

.....

.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:

.....

.....

.....

Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:

☐ do 1 mesiaca ☐ do 30 mesiacov ☐ do 6 mesiacov ☐ nad 6 mesiacov

Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhoval:

.....

Dátum: .....

.....
Podpis lekára
a odtlačok pečiatky

.....
Podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky