

N Á V R H
na ústavnú liečbu

ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ, n.o. PREDNÁ HORA
názov a sídlo

poistenca ZP: **Meno a priezvisko:**

_____ **rodné číslo** **bydlisko**

_____ **telefónny kontakt** **e-mail**

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza: _____

Objektívne a laboratórne vyšetrenie: _____

Epikríza: _____

Diagnostický záver (slovom a číslom): _____

Mobilita: neobmedzená s oporou (palica/barla) imobilný/á (chodítko/vozík)

Zmyslové postihnutie : zrak sluch žiadne

Obmedzenie spôsobilosti: úplné čiastočné ; (pri prijíme predložte doklad)

Doteraz vykonaná ústavná a iná liečba (kde, oddelenie, od – do, dg., atď.): _____

Súhlasím s uvedením osobných údajov na tlačive.

podpis poistenca

Predpokladaná doba liečby: _____

(3mesačná liečba –látkové aj nelátkové závislosti, posilňovacia liečba 14 dní)

_____ **riaditeľ zdrav. zariadenia**

_____ **navrhujúci lekár**

V _____ dňa _____

Stanovisko revízneho lekára pobočky ZP: _____

S prijatím do ústavnej liečby v OLÚ súhlasím*

nesúhlasím* z dôvodu: _____

Číslo súhlasu: _____

Stanovisko obdrží: OLÚ, navrhujúci lekár, poistenec

V _____ dňa _____

revízny lekár

Iné:

Prijatie pacientov s infekčným ochorením HIV, HBV, HCV, TBC je možné len po telefonickú konzultácii a len v prípade, ak sa nejedná o akútne štádium ochorenia.

U ochorení HIV a TBC musí byť pacient nastavený na adekvátnu liečbu:

1. u pacientov HIV pozitívnych terapia HAART.
2. u pacientov s TBC pokračujúca kombinácia antituberkulotík, pacienti musia byť mikroskopicky negatívni.