# Žádost o léčení na rehabilitačním oddělení

# Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Praha 1, Vlašská 36

**IČ 736 340 85**

**telefon: 257 197 330, 331 (ambulance) 257 197 300 (lůžkové odd.) fax: 257 197 376**

**rehabilitace@nmskb.cz**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno pacienta:**  **Adresa a telefon:** | **Rodné číslo:**  **Zdravotní pojišťovna:** |

|  |
| --- |
| **Diagnóza k rehabilitaci:** |
| **Datum úrazu, operace, vzniku onemocnění:** |
| **Další diagnózy:** |
| **Pravidelně užívané léky:** |

**Soběstačnost: Ano Ne Lokomoce: Ano Ne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jídlo** | |  |  |  | | | |
| **Osobní hygiena** | |  |  |  | | | |
| **Toaleta** | |  |  |  | | | |
|  | | | | | |  |  |
|  |  | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chůze samostatná bez pomůcky** |  |  |
| **Chůze s pomůckou** |  |  |
| **Chůze s dopomocí** |  |  |
| **Stoj u lůžka** |  |  |
| **Na vozíku** |  |  |
| **Ležící** |  |  |

**Spolupráce s pacientem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dobrá** |  |
| **Omezená – upřesněte v čem** |  |

## Schopnost zátěže kardiovaskulárního aparátu

|  |  |
| --- | --- |
| **Velmi dobrá** |  |
| **Přiměřená** |  |
| **Nižší** |  |

**Kontinence: Ano Ne Jméno, adresa a telefon navrhujícího lékaře:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Moč** |  |  |
| **Stolice** |  |  |
| **Katetr** |  |  |
| **Pleny** |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Pacient má mít s sebou: Cvičební úbor, boty s pevnou patou, osobní potřeby,OP, kartu pojištěnce.**