

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie:

so sídlom v:

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):

.....

Funkčný stav pacienta:

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 3 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