

## ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializovaných nemocniciach a liečebniach

Názov a sídlo liečebného zariadenia .....

.....

Meno poistenca:.....tel. ....

Rodné číslo:.....Bydlisko.....PSČ .....

### Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza: .....

.....

Objektívne vyšetrenie: .....

.....

Závery odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

.....

.....

Epikríza: .....

.....

.....

Diagnostický záver (slovom) ..... kód MKCH 10: .....

.....

Doterajšia ústavná a iná liečba (zdravotnícke zariadenie, oddelenie, časové obdobie, dg, dekubity, atď.): .....

.....

.....

Údaj o fajčení: .....poistenec chodiaci, chodiaci pomocou barlí, na vozíku.....

Predpokladané obdobie liečby:.....

.....

Prílohy (uviest' poradové číslo a názov prílohy) .....

Dňa: .....

.....

riaditeľ zdrav. zariadenia

.....

primár oddelenia

.....

navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

## Barthelovej test základných denných aktivít - ADL (activity daily living)

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| Priezvisko a meno: | Rodné číslo: |
|--------------------|--------------|

| Činnosť                             | Zvládnutie činností        | Body                        |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Jedenie/pitie</b>                | samostatne, bez pomoci     | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | s pomocou                  | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Obliekanie</b>                   | samostatne, bez pomoci     | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | s pomocou                  | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Kúpanie</b>                      | samostatne alebo s pomocou | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Osobná hygiena</b>               | samostatne alebo s pomocou | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Kontinencia moču</b>             | plne kontinentný           | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | občas inkontinentný        | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | inkontinentný              | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Kontinencia stolice</b>          | plne kontinentný           | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | občas inkontinentný        | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | inkontinentný              | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Použitie WC</b>                  | samostatne, bez pomoci     | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | s pomocou                  | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Presun z postele na stoličku</b> | samostatne, bez pomoci     | <input type="checkbox"/> 15 |
|                                     | s malou pomocou            | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | vydrží sedieť              | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Chôdza po rovine</b>             | samostatne nad 50 m        | <input type="checkbox"/> 15 |
|                                     | s pomocou 50 m             | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | na vozíku 50 m             | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Chôdza po schodoch</b>           | samostatne, bez pomoci     | <input type="checkbox"/> 10 |
|                                     | s pomocou                  | <input type="checkbox"/> 5  |
|                                     | nezvládne                  | <input type="checkbox"/> 0  |

**Vyhodnotenie stupňa závislosti\*:**

- 1)  0 - 40 bodov - vysoká závislosť
- 2)  45-60 bodov - závislosť stredného stupňa
- 3)  65 - 95 bodov - mierna závislosť
- 4)  100 bodov - nezávislosť

\* - prosíme označte stupeň závislosti

V ....., dňa .....

.....

pečiatka a podpis lekára