**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 (uviesť 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** |
| **Jedenie/pitie** | samostatne, bez pomoci | [ ]  10 |
|  | s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Obliekanie** | samostatne, bez pomoci | [ ]  10 |
|  | s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Kúpanie** | samostatne alebo s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Osobná hygiena** | samostatne alebo s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Kontinencia moču** | plne kontinentný | [ ]  10 |
|  | občas inkontinentný | [ ]  5 |
|  | inkontinentný | [ ]  0 |
| **Kontinencia stolice** | plne kontinentný | [ ]  10 |
|  | občas inkontinentný | [ ]  5 |
|  | inkontinentný | [ ]  0 |
| **Použitie WC** | samostatne, bez pomoci | [ ]  10 |
|  | s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Presun z postele** | samostatne, bez pomoci | [ ]  15 |
| **na stoličku** | s malou pomocou | [ ]  10 |
|  | vydrží sedieť | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Chôdza po rovine** | samostatne nad 50 m | [ ]  15 |
|  | s pomocou 50 m | [ ]  10 |
|  | na vozíku 50 m | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  0 |
| **Chôdza po schodoch** | samostatne, bez pomoci | [ ]  10 |
|  | s pomocou | [ ]  5 |
|  | nezvládne | [ ]  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