

ŽÁDOST O PŘIJETÍ

Dětské centrum Chocerady – centrum komplexní péče, p.o.



DĚTSKÉ CENTRUM CHOCERADY
centrum komplexní péče

Chocerady č.p. 124, 257 24 Chocerady | Tel: +420 323 640 031 | ckpchocerady@ckpchocerady.cz

ČÁST A

Vyplňuje zákonný zástupce / žadatel

1. IDENTIFIKACE DÍTĚTE

Jméno a příjmení		Datum narození	
Rodné číslo		Místo narození	
Bydliště		PSČ	
Zdravotní pojišťovna / kód		Státní příslušnost	
Průkaz ZTP / ZTP-P	☐ ZTP ☐ ZTP-P ☐ Nemá	Příspěvek na péči – stupeň	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Nemá

2. ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI

Zákonný zástupce 1

Jméno a příjmení		Datum narození	
Vztah k dítěti	☐ Matka ☐ Otec ☐ Opatrovník ☐ Pěstoun ☐ Jiné:	Rodinný stav	
Bydliště		PSČ	
Telefon		Státní příslušnost	
E-mail			

Zákonný zástupce 2

Jméno a příjmení		Datum narození	
Vztah k dítěti	☐ Matka ☐ Otec ☐ Opatrovník ☐ Pěstoun ☐ Jiné:	Rodinný stav	
Bydliště		PSČ	
Telefon		Státní příslušnost	
E-mail			

3. SOUROZENCI

Jméno a příjmení	Datum narození	Zdráv / dg.	Poznámka

4. PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI (PLDD)

Jméno a příjmení lékaře		Telefon	
Ordinace / adresa		E-mail	
Informován/a o podání žádosti	☐ Ano ☐ Ne		

5. KONTAKTNÍ OSOBA BĚHEM POBYTU (je-li jiná než zákonný zástupce)

Jméno a příjmení		Vztah k dítěti	
Telefon (primární)		Telefon (záložní)	

6. POŽADOVANÁ SLUŽBA A TERMÍN

Typ požadované služby	Žádám	Preferovaný termín / poznámka
DLP – dlouhodobá lůžková péče	☐ Ano ☐ Ne	
Respitní pobyt na zdravotním lůžku	☐ Ano ☐ Ne	
Odlehčovací pobytová služba	☐ Ano ☐ Ne	
Odlehčovací ambulantní služba	☐ Ano ☐ Ne	
Domácí péče	☐ Ano ☐ Ne	
Urgentnost přijetí	☐ Plánovaně ☐ Do 2 týdnů ☐ Akutně	
Zájem o pravidelné respitní pobyty do budoucna	☐ Ano ☐ Ne ☐ Zatím nevím	

7. PŘEDCHOZÍ POBYTY

Byl/a dříve v DC Chocerady?	☐ Ano ☐ Ne	Naposledy	
Pobyt v jiném CKP / LDN?	☐ Ano ☐ Ne	Kde / kdy	
Respitní pobyt na zdravotním lůžku – počet již vyčerpaných dní	dní		

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě. Osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s GDPR a zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů. Informace o ochraně osobních údajů jsou dostupné na detskecentrumchocerady.cz.

Podpis zákonného zástupce

Místo a datum

ŽÁDOST O PŘIJETÍ

Dětské centrum Chocerady – centrum komplexní péče, p.o.



DĚTSKÉ CENTRUM CHOCERADY
centrum komplexní péče

Chocerady č.p. 124, 257 24 Chocerady | Tel: +420 323 640 031 | ckpchocerady@ckpchocerady.cz

ČÁST B

Vyplňuje doporučující lékař

8. DOPORUČUJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno a příjmení lékaře		Odbornost	
Pracoviště / ordinace		Telefon	
IČP / kód pracoviště		E-mail	

9. INDIKACE

Důvod doporučení (zaškrtněte vše, co se týká):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Respitní péče pro rodinu | ☐ Komplexní rehabilitace | ☐ Doléčení po hospitalizaci |
| ☐ Edukace rodiny / nácvik péče | ☐ Dlouhodobá lůžková péče | ☐ Jiné |

Upřesnění konkrétního důvodu k indikaci:

10. DIAGNOSTICKÝ SOUHRN

Hlavní diagnóza (MKN-10)	
Vedlejší diagnózy	

Objektivní nález:

11. MEDIKACE

Lék	Dávka	Způsob podání	Indikace / poznámka

12. INVAZE A ZDRAVOTNICKÉ POMŮCKY

- ☐ PEG / NGS ☐ Tracheostomie (TSK) ☐ O₂ terapie ☐ CŽK / port ☐ Epicystostomie ☐ Jiné:

Specifikace (typ kanyly, velikost, frekvence výměny, napájení apod.):

13. INKONTINENCE A MOBILITA

Inkontinence	☐ Kontinentní stolice ☐ Inkont. moči ☐ Inkont. Plná inkontinence	Pomůcky	☐ Pleny ☐ Katétr
Mobilita	☐ Samostatná ☐ S oporou ☐ Vozík ☐ Zcela imobilní	Polohovací pomůcky	

Podpis doporučujícího lékaře

Místo a datum

Razítko