

## Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: **ADOS - Bratislavská arcidiecézna charita**

so sídlom: **Heydukova 14, 811 08 Bratislava**

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 navrhol:** .....

Dátum: .....

.....

podpis lekára  
a odtlačok pečiatky

.....

podpis odborného zástupcu poskytovateľa  
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky