

Regionálna nemocnica Sobrance n.o., Ulica mieru 12, 073 01 Sobrance

**Žiadosť o prijatie na Liečebňu dlhodobochorých pre ochorenia
nervového systému LDCH ONS**

Meno a priezvisko rodné číslo

Bydlisko číslo poisťovne

Anamnéza.....

.....

Objektívny nález

.....

.....

Duševný stav

.....

.....

Diagnóza (vyjadriť funkčne):

.....

Morfologické zmeny

.....

.....

Zdôvodnenie lekára, prečo žiada o prijatie

.....

Pacient schopný chôdze:	áno	-	nie	s pomocou
upútaný na lôžko	áno	-	nie	
schopný sa obslúžiť	áno	-	nie	
inkontinentný	áno	-	nie	

Dátum: Meno a kód odpor. neurológa :

.....

Odosielajúce pracovisko:

.....

Predpokladaná doba pobytu 21 dní .

Po ukončení liečby preklad na adresu:

.....

Telefónny kontakt na príbuzného