

Žiadosť o prijatie do ZOS ambulantná forma

Meno a priezvisko pacienta:

Bydlisko pacienta (ulica, PSČ):

Stav pacienta:

(prosím označte aktuálny stav)

- | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| orientovaný: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| čiastočne orientovaný: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| dezorientovaný: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| chodiaci: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| sediaci: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| ležiaci: | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |

Hlavné diagnózy (napr. stav po porážke, Alzheimerova choroba...):

Termín:

Kontaktná osoba (meno a priezvisko):

Telefonický kontakt: