



## Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: .....

so sídlom v: .....

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, (75%)

mentálne retardovaný pacient/pacientka

### 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  
odtlačok pečiatky

.....

podpis odborného zástupcu poskytovateľa  
a ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky