

**Pacient\***

|                  |  |
|------------------|--|
| Priezvisko:      |  |
| Meno:            |  |
| Dátum narodenia: |  |
| Kód poisťovne:   |  |

**Kontaktné údaje**

|                   |  |
|-------------------|--|
| adresa:           |  |
| Telefón:          |  |
| E-mail:           |  |
| Príbuzný kontakt: |  |

**VÝBER IZBY**

|                          |                        |                        |                                   |
|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Jednolôžková – 60€/1 noc | dvojlôžková– 30€/1 noc | trojlôžková– 15€/1 noc | Štvorlôžková - bez doplatku/1 noc |
|                          |                        |                        |                                   |

**ZÁUJEM O POBYT AJ AKO SAMOPLATCA áno /nie**

**ŽIADATEĽ\*\*** (vypĺňa lekár, ak žiada o hospitalizáciu)

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Lekár: Meno a priezvisko      |  |
| Oddelenie/ambulancia          |  |
| Kontakt: Telefón/Mobil, email |  |
| Podpis a pečiatka:            |  |

**SÚČASNÝ STAV PACIENTA**

| Hlavná diagnóza (MKCH10+text) | Dátum vzniku | Zárok (operácia, .....) |
|-------------------------------|--------------|-------------------------|
|                               |              |                         |
|                               |              |                         |

**SPRIEVODNÉ ZNAKY: (OCHORENIA - DM, ICHS, AH, ONKO...\*\*) + ALERGIA + DEKUBITY + NEZHOJENÁ RANA**

| Od (dátum)                  | Diagnóza (MKCH 10 + text) | Nastavená liečba |
|-----------------------------|---------------------------|------------------|
|                             |                           |                  |
|                             |                           |                  |
| Alergia (lieky + potraviny) |                           |                  |

**STAV PACIENTA MENTÁLNY**

| Plne spolupracuje, orientovaný | Spolupráca obmedzená | Nespolupracuje | Iné ... |
|--------------------------------|----------------------|----------------|---------|
|                                |                      |                |         |

**MOBILITA**

| Samostatne pohyblivý | Prejde sám s pomôckou | Prejde s doprovodom a pomôckou | Na invalid. vozíku | Ležiaci |
|----------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|---------|
|                      |                       |                                |                    |         |

**STRAVOVANIE - DIÉTA \*\*D..... INTOLERANCIA STRAVY .....**

| Stravuje sa sám | Vyžaduje kŕmenie | Sondová strava | Iné ... |
|-----------------|------------------|----------------|---------|
|                 |                  |                |         |

**VYLUČOVANIE**

| Bez problémov | Stolica                    | Močenie                 | Iné ... |
|---------------|----------------------------|-------------------------|---------|
|               | (inkontinencia/kolostómia) | (inkontinencia/katéter) |         |

**POBYT PACIENTA PO PREPUŠTENÍ ZO ŠNOP**

| Domácnosť | Sociálne zariadenie (adresa) | Iné ... |
|-----------|------------------------------|---------|
|           |                              |         |

\*Odoslaním Žiadosti o hospitalizáciu súhlasím so zaradením na čakaciu listinu a oboznámil som sa o právach a povinnostiach súvisiacich so zaradením na zoznam čakajúcich poisťencov, zverejnených na [www.snop.sk](http://www.snop.sk)

\*\* bunky buď vyplňte slovom alebo označte x

## POUČENIE PACIENTA

### POSTUP PRI PRIJATÍ PACIENTA DO ŠNOP:

- pacient spĺňa niektoré z indikačných kritérií pre prijatie (viď nižšie),
- pacient nemá žiadnu kontraindikáciu pre prijatie (viď nižšie),
- prijatie pacienta do ŠNOP je plánované alebo preklad z inej nemocnice,
- zasielajúci lekár zašle pred prijatím vyplnenú **Žiadosť o hospitalizáciu** v nemocnici ŠNOP elektronicky na e-mail: [hospitalizacie@snop.sk](mailto:hospitalizacie@snop.sk)
- hospitalizovaný pacient má pred prijatím ukončenú hospitalizáciu v inej nemocnici, predbežná prepúšťacia správa je priložená k žiadosti,
- ambulantný pacient, sledovaný internistom, má absolvované pred prijatím do ŠNOP interné vyšetrenie nie staršie ako 30 dní s výsledkami: Krvný obraz, biochémia, ionogram, EKG s popisom - priložené k žiadosti,
- pacient si prinesie lieky, ktoré pravidelne užíva cca na 10 dní,
- dátum prijatia do ŠNOP je vopred dohovorený a schválený telefonicky alebo mailom,
- pacient si prinesie lekárske správy z vyšetrení - ak ich má,
- pacient si prinesie pomôcky ktoré používa.

### KONTRAINDIKÁCIE PRE PRIJATIE DO ŠNOP:

- nespolupracujúci pacient (porucha vedomia, psychóza, demencia)
- infekcia rany po operácii alebo úraze
- dekubit 3. štádia a vyššie
- febrilný stav
- imobilita pacienta
- ťažká obezita pacienta
- infekčné ochorenie (dýchacie, gastroenterologické, gynekologické, urologické, kožné ....)
- kardiopulmonálna dekompenzácia, nestabilná hypertenzia, závažné arytmie
- nestabilná antikoagulačná liečba, nevyrovnaný diabetes mellitus,
- onkologické ochorenie (len ak doporučuje onkológ)
- patologické hodnoty laboratórnych parametrov:
  - Anémia s Hb pod 100 g/liter
  - Trombocytopenia pod 100.000 / mikroliter
  - Hepatopathia s hodnotami ALT, AST viac ako 3x normálnej hodnoty
  - Nephropathia s hodnotami kreatinínu viac ako 2x normálnej hodnoty

### INDIKÁCIE PRE PRIJATIE DO ŠNOP:

- Po ortopedických operáciách
- S akútnym a chronickým ochorením pohybového aparátu
- Po implantácii náhrady kĺbov (napr. bedrový, kolenný, ...)
- Stav po amputácii končatín
- Stav vyžadujúce prebratie zložitej ortopedicko-protetickej pomôcky

### OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV:

Informácie o spracúvaní osobných údajov u prevádzkovateľa ŠNOP Bratislava n.o. sú dostupné na:

<https://www.snop.sk/nemocnica/pacientsky-orientovana-nemocnica/ochrana-osobnych-udajov-v-snop-v-sulade-s-gdpr/>



Práva a povinnosti poistenca pri zaradení na zoznam poistencov čakajúcich na plánovanú zdrav. starostlivosť

<https://www.snop.sk/objednavanie/informovane-suhlasy/ambulancie-rtg-odd/prava-a-povinnosti-poistenca-pri-zaradeni-na-zoznam-poistencov-cakajucich-na-planovanu-zdrav-starostlivost/>