

# Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti

1) **Meno, priezvisko, titul poistenca:** .....

Rodné číslo: ..... Kód ZP: .....

Trvalý pobyt: .....

Prechodný pobyt: .....

Lekárska diagnóza (číslo podľa MKCH 10): .....

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie DOS:  
.....

**Sesterská diagnóza** (číslo podľa Zoznamu sesterských diagnóz) .....

## **Funkčný stav pacienta:**

H - pacient s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

I - imobilný pacient (75%)

F- pacient so psychiatrickou diagnózou, mentálne retardovaný (75%)

Plán ošetrovateľskej starostlivosti: .....

.....

.....

.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie: .....

.....

## **Predpokladaná dĺžka DOS:**

do 1 mesiaca

do 3 mesiacov

do 6 mesiacov

nad 6 mesiacov

## 2) **Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti:**

Názov a adresa: .....

.....

IČO Agentúry DOS: .....

Meno, priezvisko, titul štatutárneho zástupcu: .....

Číslo telefónu: ..... mobil: .....

Číslo faxu: ..... e-mail: .....

## 3) **Meno, priezvisko a titul všeobecného lekára, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (v mieste poskytovania DOS):**

.....

Kód lekára: .....

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: .....

Číslo telefónu: ..... mobil: .....

Číslo faxu: ..... e-mail: .....

Dátum: .....

.....

*podpis lekára a  
odtlačok pečiatky*

.....

*podpis odborného zástupcu ADOS  
a odtlačok pečiatky*