

MediCentrum Praha, a.s.
Kloknerova 1/1245
Praha 11 Horní Rožtyly
148 00

sekretariát: 272 93 72 85 fax: 267 91 10 78
vrchní sestra: 272 93 72 82
1.stanice: 272 93 72 82
2.stanice: 267 91 23 15
e-mail: medicentrum.sekretariat@seznam.cz
internet adresa : www.medicentrumpraha.cz

Žádost o přijetí pacienta k rehabilitačnímu pobytu

Příjmení, jméno :

Rok narození : **Pojišťovna :**

Bydliště :

Nemocnice kde je pacient hospitalizován:.....

Kontaktní osoba + telefonické spojení do zdr. zařízení :

.....

Ortopedická diagnóza :

Datum operace a druh operace :

Interní diagnózy :.....

.....

.....

Mobilita pacienta :

.....

Medikace :

.....

Dekubity : **Permanентní katétr :**

Druh lůžka : (zaškrtněte druh lůžka, o které máte zájem)

Standardní : - bez přímé úhrady

Nadstandardní : - jednolůžkový pokoj 950 Kč / den

- dvoulůžkový pokoj 490 Kč / den

- třílůžkový pokoj 390 Kč / den

Zdrav. zařízení či adresa, kde bude mít pacient zajištěnou péči po propuštění z MediCentra :

.....

.....

Datum :

Razítko zdr. zařízení a podpis osoby odpovídající za správnost údajů:

MediCentrum Praha, a.s.
Kloknerova 1/1245
Praha 11 Horní Roztyly
148 00

sekretariát: 272 93 72 85 fax: 267 91 10 78
vrchní sestra: 272 93 72 82
1.stanice: 272 93 72 82
2.stanice: 267 91 23 15
e-mail: medicentrum.sekretariat@seznam.cz
internet adresa : www.medicentrumpraha.cz

Žádost o přijetí pacienta k rehabilitačnímu pobytu po plánované ortopedické operaci

Příjmení, jméno :

Rok narození : **Pojišťovna :**

Bydliště :

Kontaktní osoba + tel. spojení :

.....

Ortopedická diagnóza :

Druh ort. operace :

Datum operace :

Adresa, telefon, nemocnice kde bude pacient operován :

.....

Druh lůžka : (zaškrtněte druh lůžka, o které máte zájem)

Standardní : - bez přímé úhrady

Nadstandardní : - jednolůžkový pokoj Kč / den

- dvoulůžkový pokoj Kč / den

- třílůžkový pokoj Kč / den

Výše ceny za lůžko a den – dle platných ceníků.

**Zdrav. zařízení či adresa, kde bude mít pacient zajištěnou péči po
propuštění z MediCentra :**

.....

.....

**K této žádosti, prosíme přiložte kopii závěrečné předoperační interní
zprávy.**

Datum :

Podpis osoby odpovídající za správnost výše uvedených údajů :

.....