**Nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paul s.r.o.**

767 01 Kroměříž, Malý Val 1553

IČO: 178 09 193, DIČ: CZ 178 09 193, č.ú.: 35-6800650287/0100

tel.: 573 353 164

ID datové schránky: fxskthp

www.nemomil.cz

**Žádost o hospitalizaci v NMS Kroměříž**

*Příjmení:* ..……………........................……………. *Jméno:* ...………………………………..

*RČ:* .…………………………................................... *Zdravotní pojišťovna:* .....………………

*Adresa trvalého bydliště:* …………………................…………….………………………. PSČ ….......……

Sociální anamnéza (včetně kontaktu a kontakt na nejbližšího příbuzného):

Pacient **má/nemá**\* podanou žádost do Lůžkového zařízení sociální péče.

Diagnóza, pro kterou je žádána hospitalizace:

Od hospitalizace v NMS očekávám:

Další diagnózy:

Dispenzarizace v odborných ambulancích:

Současně užívaná medikace:

Alergie:

V …...…...................………. dne .........….......... ………………………………………………

 Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

\*Nehodící se škrkněte