

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k žádosti do Domova Velvary, poskytovatel sociálních služeb

1. Žadatel			
..... příjmení (u žen též rodné příjmení)	 jméno	
narozen			
den, měsíc, rok			
bydliště:			
ulice		číslo	místo
			PSC, pošta
2. Anamnéza (rodinná, osobní):			
3. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
4. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
5. Trpí žadatel demencí?			
ANO		Typ demence:	Stupeň:
NE			
6. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?			
ANO		Jaké	
NE			
7. Diagnóza (česky):			
a) hlavní			
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy			

8. Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE*
	občas	ANO	NE*
Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *		ANO	NE*

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu ?

ANO NE*

Pokud ano, pro jakou ?

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu ? ANO NE*

Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě , kým je sledován:

.....

Přílohy

- a) Popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
- b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- c) Podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – zejména výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

9. Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE*

Používá kompenzační pomůcky:	hole	invalidní vozík	chodítko
	brýle	sluchadlo	zubní protéza

Sluch: normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší
Zrak: normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidí

Je upoután trvale – převážně * na lůžko ANO NE*

Je schopen polohy v sedě, v křesle ANO NE*

Je schopen sám se najíst, napít ANO NE*

Inkontinence	trvale	ANO	NE*
	občas	ANO	NE*
	v noci	ANO	NE*

Používá WC křeslo u lůžka ANO NE*

Defekty kůže: ANO dekubity (stupeň, lokalizace)
opruzeniny
jiné

NE

10. Jiné údaje:

DneV

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)