

Příloha č. 1

k Žádosti o poskytování sociální pobytové služby v Domově pro seniory Horní Stropnice

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

TISKOPIS LZE NAHRADIT TIŠTĚNOU LÉKAŘSKOU ZPRÁVOU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, KTERÁ BUDE OBSAHOVAT UVEDENÉ ÚDAJE, PŘÍPADNĚ DOPLNIT LÉKAŘSKÝMI ZPRÁVAMI ODBORNÝCH LÉKAŘŮ.

Příjmení a jméno	
Rodné číslo	
Zdravotní pojišťovna	
1. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)	
2. Objektivní nález	
3. Lékařské diagnózy	
4. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu)	
5. Je žadatel pod dohledem odborného lékaře, pracoviště? (psychiatrického, protialkoholního, neurologického apod.) vhodné připojit výsledky vyšetření	
6. Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu?	
7. Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol a jiné návykové látky?	ANO
	NE

11. Je žadatel orientován:	MÍSTEM ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
	ČASEM ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
	OSOBOU ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
12. Jsou u žadatele pozorovány projevy agresivity?	SLOVNÍ AGRESIVITA ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
	FYZICKÁ AGRESIVITA ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
13. Projevuje žadatel noční aktivitu?	ANO <input type="checkbox"/>	
	NE <input type="checkbox"/>	
14. Potřebuje žadatel zvláštní péči? Pokud ano, popište prosím jakou?		
15. Chůze schopen bez cizí pomoci?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
16. Trvale upoután na lůžko?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
17. Je schopen se sám obsloužit?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
18. Inkontinence moči:	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
19. Inkontinence stolice:	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
20. Doplnující sdělení:		
Datum vyplnění	Razítko lékaře	Podpis lékaře
Vyjádření lékaře zařízení:		