

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova pro seniory Vrchlabí

Rodné číslo žadatele:

Číslo pojišťovny:

Doklad k žádosti

1. Žadatel

příjmení (u žen též rodné příjmení)

jméno

narozen

den, měsíc, rok

místo

bydliště

místo

ulice

číslo popisné

okres

pošta

směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález:

4. Diagnóza (česky)

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Je pod dohledem speciálního oddělení? (je vhodné připojit výsledky vyš.)

Je zjištěn návyk na alkohol?

Projevy narušující kolektivní soužití:

Je orientovaný? (čas, místo, prostor)

Je agresivní?

Noční aktivita?

Jiné údaje:

6. Přílohy:

a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu

b) výsledky vyšetření bacilonosičství.

c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře nebo posudkového lékaře krajského úřadu -

výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. Laboratorních vyšetření

7. Údaje o soběstačnosti:

Najedení, napití	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Oblékání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Koupání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Použití WC	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Přesun na lůžko (židli)	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Kontinence moči	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> část.inkontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní
Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> část.inkontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní

Je schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod.)

Dohled jiné osoby, v čem?

Držitel průkazu TP ZTP ZTP/P

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

8. Jiné údaje:

Je pod dohledem specializovaného oddělení?

Dne:

podpis vyšetřujícího lékaře
(jmenovka, razítko)

Dne:

podpis lékaře
(jmenovka, razítko)