

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele o sociální službu Domova pro seniory

Datum podání žádosti (razítko):	Rodné číslo žadatele: □□□□□□ □□□□
--	---

Jméno a příjmení žadatele/ky:	Rodné příjmení:
Datum a místo narození	Zdravotní pojišťovna:
Trvale bytem:	
Anamnéza (rodinná, osobní):	
Aktuální zdravotní stav (příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení):	
Datum posledního očkování proti tetanu, chřipce, Pneumo 23:	
Očkování proti COVID-19 (počet dávek, datum poslední dávky):	
Lékařské diagnózy: a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy.....	
Medikace: <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dohledem <input type="checkbox"/> léky musí být podávány druhou osobou	
Rozpis medikace:	
Alergie:	
Duševní stav:	
Projevují se u žadatele příznaky demence nebo u něho byla diagnostikována (příp. Alzheimer. demence)?	
Typ a stupeň demence:	
Projevy narušující kolektivní soužití: NE ANO Jaké:	

Aktuální stav žadatele:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Je schopen chůze bez cizí pomoci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je upoután trvale – převážně na lůžko | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen polohy v sedu, v křesle | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen sám se najíst, napít | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Zvládne se samostatně osprchovat | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Používá WC křeslo u lůžka | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Používá inkontinenční pomůcky | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Potřebuje lékařské ošetření trvale | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Dieta* | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

 ->Jaká dieta a jaká jsou opatření (dieta, léky, kombinace léků, rozpis – viz medikace):

.....

Je pod dohledem specializovaného oddělení?: ANO NE

.....

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)

Potřebuje zvláštní péči? Příp. jakou: ANO NE

.....

Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol či jiné návykové látky? ANO NE

Jaké:.....

Sluch:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší	
Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý	
Defekty kůže:	dekubity	opruzeniny	bércové vředy	jiné	nemá
Kontinence:	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		

Kompenzační pomůcky:

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> hole, berle, fr. hole | <input type="checkbox"/> ortézy | <input type="checkbox"/> chodítka | <input type="checkbox"/> invalidní vozík |
| <input type="checkbox"/> sluchadlo | <input type="checkbox"/> brýle | <input type="checkbox"/> zubní protéza | <input type="checkbox"/> jiné |

Přílohy:

- a) **popis rtg. snímku plic:** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu
- b) **výsledky vyšetření na bacilonosičství**
- c) **podle potřeby:** návrh ošetřujícího lékaře domova pro seniory – výsledky neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

Dne

Podpis a razítko vyšetřujícího lékaře
Vyjádření lékaře zařízení sociálních služeb o vhodnosti poskytnutí sociální služby Domova pro seniory žadateli:

V Klášterci nad Ohří dne:

Podpis a razítko