

Jméno a příjmení

Datum narození Zdravotní pojišťovna

Vyjádření lékaře

(z důvodu podání žádosti o poskytování sociálních služeb
v Domově pro seniory Kolečovice)

Diagnozy:

Současná farmakoterapie:

Aktuální zdravotní stav (mobilita, motorické schopnosti, schopnost sebeobsluhy...)

Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití, hospitalizace v psychiatrické léčebně v minulosti..)

Inkontinence

✓ moči trvale občas v noci

✓ stolice

Defekty kůže

✓ ano

✓ ne

Schopnost pohybu

✓ chodící

✓ chodící s komp. pomůckou

✓ imobilní (převážně, trvale na lůžku)

Sluch	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší	sluchadlo
Zrak	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý	brýle

Evidence v odborné poradně:

- diabetologie
- kardiologie
- urologie
- gastroenterologie
- psychiatrie
- kožní
- jiné

Alergie

- ano (jaké)
- ne

Vyskytují se u žadatele opakované pobyty ve zdravotnických zařízeních? (popř. v zařízeních jiného typu – rozepište)

- ano
- ne

Jsou u žadatele zvýšené nároky na ošetřovatelskou péči?

- ano – v čem především
- ne

Jméno a adresa praktického lékaře (rok registrace):

.....

.....
Je-li žadatel očkován, uveďte druh a datum očkování:

- ✓ TAT
- ✓ PNEUMO 23
- ✓ jiné
-

Jiná sdělení lékaře: (závislost na návykových látkách, neklidné či agresivní chování, noční aktivita, apod.)

.....
.....

Datum:

.....
razítko a podpis lékaře