

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby

| Identifikace žadatele | | |
|--|--------------------------------|---------------------------|
| Jméno a příjmení (popř. rodné příjmení) | | |
| Datum narození (den, měsíc, rok) | | telefon: |
| Trvalé bydliště (místo, ulice číslo) | | |
| | Číslo zdravotní pojišťovny: | Jméno praktického lékaře: |
| Anamnéza (rodinná, osobní - neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivní HBsAg) | | |
| | | |
| Objektivní nález (status praesens g eneralis, v případě orgánového postižení i status localis) | | |
| | | |
| Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití) | | |
| | | |
| Diagnóza (česky): | | |
| a) hlavní choroby podle mezinárodního seznamu | | statická značka |
| | | |
| b) ostatní choroby nebo chorobné stavy | | |
| Potřebuje lékařské ošetření: | TRVALE OBČAS | (zakroužkujte) |
| Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např.: plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní... | | |

Uveďte jména lékařů specialistů, kteří mají žadatele v péči:

| Potřebuje zvláštní péči – jakou: | | (zakroužkujte) | | |
|---|---------|-----------------------|-------|--------|
| Schopen chůze bez pomoci | | ANO | NE | |
| Upoután trvale na lůžko | | ANO | NE | |
| Schopen sám sebe obsloužit | | ANO | NE | |
| Orientován | místem | ANO | NE | |
| | časem | ANO | NE | |
| | osobami | ANO | NE | |
| Inkontinence moči | | TRVALE | OBČAS | V NOCI |
| Stolice | | TRVALE | OBČAS | V NOCI |

Poslední medikace:

V.....dne.....

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

Požadované přílohy:

- a) popis rtg. snímku plic ne starší tří měsíců – před přijetím
- b) výsledky vyšetření na bacilonosičství – pokud je indikováno
- c) výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického,... – na vyžádání

Vyjádření lékaře MSZS:

Je možné žadatele přijmout do domova pro seniory? ANO NE

V.....dne.....

.....
 podpis lékaře