



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o pobyt v Domě pokojného stáří

1. Osobní údaje žadatele

Příjmení: Jméno:

Datum narození: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Ošetřující lékař: Zdravotní pojišťovna:

2. Aktuální zdravotní stav

Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO		NE	
Používá kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> hole	<input type="checkbox"/> invalidní vozík	<input type="checkbox"/> chodítko	
Sluch	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyší
Zrak	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> zhoršení vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
Je upoután trvale / převážně na lůžko?	ANO		NE	
Je schopen polohy vsedě, v křesle?	ANO		NE	
Je schopen sám se najíst, napít?	ANO		NE	
Inkontinence	Trvale	ANO	NE	
	Občas	ANO	NE	
	V noci	ANO	NE	
Používání WC křesla u lůžka?	ANO		NE	
Defekty kůže	ANO		NE	

3. Duševní stav

- orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití apod.

.....

- trpí žadatel demencí?

.....

- trpí (trpěl) žadatel závislostí? (na omamných, psychotropních, popř. jiných látkách)

.....

4. Diagnóza

Hlavní:

Ostatní choroby:.....

.....

Diety:

Trpí žadatel akutní infekční chorobou? ANO NE

5. Potřebuje žadatel ošetření na speciálních odděleních? (např. psychiatrie, ortopedie apod., pokud ano – prosím vypsát včetně jmen lékařů)

.....

.....

6. Seznam léků, které žadatel užívá, včetně dávkování

.....

.....

.....

7. Je žadatel/ka schopen/schopna jednat a rozhodovat samostatně? ANO NE

V dne

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře