

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k žádosti o pobyt v Domově pro seniory Chodov
příloha žádosti

<p>1.</p> <p>Žadatel</p> <p>..... příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno</p> <p>narozen R.Č..... den, měsíc, rok místo</p> <p>bydliště: ulice číslo místo PSČ, pošta</p>
<p>2.</p> <p>Zdravotní pojišťovna</p> <p>.....</p>
<p>3.</p> <p>Dieta</p> <p>.....</p>
<p>4.</p> <p>Diagnóza (česky):</p> <p>a) hlavní</p> <p>b) ostatní choroby nebo chorobné stavy</p>

5. Anamnéza (rodinná, osobní)

6. Aktuální terapie (rozpis léků)

7.

Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):

8. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

9. Trpí žadatel demencí

ANO:

demence:

Stupeň:

10. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?

ANO

Jaké

NE

11. Potřebuje lékařské ošetření

trvale

ANO

NE

občas

ANO

NE

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu ? ANO NE

Pokud ano, pro jakou ?

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu ?

ANO

NE*

Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým je sledován:

.....

Přílohy

- Popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
- Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- Podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – zejména výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

12. Je schopen chůze bez cizí pomoci				ANO	NE *
Používá kompenzační pomůcky:	hole	invalidní vozík	chodítko		
	brýle	sluchadlo	zubní protéza		
Sluch:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší	
Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidí	
Je upoután trvale – převážně * na lůžko				ANO	NE *
Je schopen polohy v sedě, v křesle				ANO	NE *
Je schopen sám se najíst, napít				ANO	NE *
Inkontinence	trvale			ANO	NE *
	občas			ANO	NE *
	v noci			ANO	NE *
Používá WC křeslo u lůžka				ANO	NE *
Defekty kůže:	ANO	dekubity (stupeň, lokalizace)			
		opruzeniny			
		jiné			
	NE				

Dne.....v.....

.....

razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)

Zdravotní výkony spojené s vyplněním vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.