Charita Strakonice

Vyjádření lékaře

O zdravotním stavu žadatele/žadatelky o umístění do domova pro seniory
Dům klidného stáří sv. Anny v Sousedovicích

ŽADATEL – ŽADATELKA

Příjmení: …… **Jméno:** ……

Datum a místo narození: ……

Rodné číslo: …… **Zdravotní pojišťovna:** ……

Bydliště: ……**PSČ:** …… **Váha:** ……

ANAMNÉZA

(rodinná, osobní, pracovní)

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ

(status praesens generalis, v případě orgánového postižení i státe localis):

DUŠEVNÍ STAV

Žadatel/ka je orientován(a):

a) místem ANO – NE - ČÁSTEČNĚ

b) časem ANO – NE - ČÁSTEČNĚ

c) osobou ANO – NE – ČÁSTEČNĚ

Chování žadatele/žadatelky by z důvodu duševní poruch závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití: ANO – NE

Jak?

Charita Strakonice

DIAGNÓZA

a) hlavní (včetně statistických značek hlavní choroby):

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

PŘÍLOHY

- ☐ Popis RTG snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů nutno doložit i vyjádření odborného lékaře (plicní, tuberkulózy a respiračních onemocnění)
- ☐ Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno
- ☐ Dle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

DALŠÍ

- ☐ Žadatel/žadatelka je schopen(a) chůze bez cizí pomoci
- ☐ Žadatel/žadatelka je schopen(a) chůze s pomocí druhé osoby, případně pomůcky (jaké)

…….

- ☐ Žadatel/žadatelka není schopen chůze

Je upoután na lůžko: ÚPLNĚ – PŘEVÁŽNĚ - NE

Je schopen sám sebe obsloužit ANO – NE

Inkontinence: ANO – NE

Stupeň:…… (přiložte kopii dokladu o stanovení stupně inkontinence)

DOPORUČENÍ

Poskytování sociální služby v domově pro seniory doporučuji: ANO – NE

Zdůvodnění:

Charita Strakonice

OSTATNÍ

Žadatel/žadatelka je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, protialkoholní poradny, poradny toxikologické, dialyzační středisko apod.):

Poradna diabetická: ANO – NE

Užívá inzulín: ANO – NE

Diabetické komplikace (v kladném případě jaké):

Žadatel/žadatelka potřebuje zvláštní péči: ANO – NE

(V kladném případě uveďte prosím jakou)

Žadatel/žadatelka trpí akutní infekční chorobou: ANO – NE

Jakou?

Jiné údaje:

(např. doporučená dieta, alergie atd.)

Dne: **……**

Razítko**:** **…….**

podpis vyšetřujícího lékaře

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE DKS O VHODNOSTI UMÍSTĚNÍ ŽADATELE/KY

Dne……

Razítko: ……

podpis