

Vyjádrenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa o umiestnenie

do Centra pro seniory Zahrada, o.p.s. (nedílna súčasť žiadosti)

Vyplní praktický lekár zájemce o pobytovú sociálnu službu

| | | | |
|---|-----------------|---------------|---|
| Potvrzení přijetí - Razítko Centra pro seniory Zahrada, o.p.s. a podpis pracovníka | | | |
| 1. Žadatel: _____ příjmení, rodné příjmení jméno | | | |
| narozen: | _____ | | |
| den, měsíc, rok | místo narození | | |
| bydliště: | _____ | | |
| obec | ulice | číslo popisné | okres |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| pošta | směrovací číslo | | |
| 2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): | | | |
| 3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis): | | | |
| 4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): | | | |
| 5. Diagnóza (česky) a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy | | | Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu |
| 6. Přílohy: a) Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno; c) Podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření. | | | |
| 7. Alergie: | | | |

| 8. Posouzení soběstačnosti (projevy diagnóz na funkční stav) | Ano | Ne |
|--|--------------------------|---|
| a) schopen chůze bez cizí pomoci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) je upoután Trvale – Převážně na lůžko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) je schopen sám sebe obsloužit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) inkontinence stolice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) inkontinence moči | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Potřebuje lékařské ošetření: trvale | | ANO - NE*) |
| občas | | ANO - NE*) |
| Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, kardiologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, nutriční, protialkoholní apod. *) | | |
| Potřebuje zvláštní péči – jakou: | | |
| 9. Další speciální údaje, např.: | | |
| HB s Ag | | ANO - NE *) |
| TBC | | ANO - NE *) |
| MRSA | | ANO - NE *) |
| Abusus alkoholu | | ANO - NE *) |
| Abusus toxických látek | | ANO - NE *) |
| Patologické hráčství | | ANO - NE *) |
| 10. Datum posledního očkování | | |
| Pneumo 2 | | |
| Vaxigrip | | |
| TAT | | |
| Dne: _____ | | |
| | | _____razítko a podpis ošetřujícího lékaře |
| 11. Jiné údaje: | | |
| | | |

*) nehodící se škrtněte