

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění

do Centra pro seniory Zahrada, o.p.s. (nedílná součást žádosti)

Vyplní praktický lékař zájemce o pobytovou sociální 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

_____ směrovací číslo
pošta

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. *)		ANO - NE*)
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