

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE
k žádosti o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Vrbno, p. o., Mnichov 262,
Vrbno pod Pradědem 793 26

<p>1. ŽADATEL</p> <p>Jméno a příjmení:</p> <p>Datum narození: Pojišťovna:</p> <p>Bydliště:</p>
<p>2. AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE (motorické schopnosti, mobilita, komunikační schopnosti, schopnost sebeobsluhy, případně délka hospitalizace)</p>
<p>3. PSYCHICKÝ STAV ŽADATELE (orientace místem, časem, osobou, projevy narušující kolektivní soužití apod.)</p>
<p>4. Trpí žadatel demencí?</p> <p>NE ANO Typ demence: Stupeň:</p>
<p>5. Trpí žadatel (případně trpěl) závislostí na omanných, psychotropních, případně jiných látkách?</p> <p>NE ANO Jaké látky?</p>
<p>6. Potřebuje žadatel lékařské ošetření: trvale ANO NE občas ANO NE</p>
<p>7. Potřebuje žadatel zvláštní péči? NE ANO Jakou?</p>
<p>8. Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení? NE ANO Jakého?</p>

9. Je žadatel léčen, nebo sledován, pro infekční onemocnění, nebo pro parazitární chorobu?	
NE	ANO Jakou?
10. Je léčen, nebo sledován pro tuberkulózu?	
NE	ANO V jaké fázi?
11. 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"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidí
12. Používá žadatel kompenzační pomůcky?	<input type="checkbox"/> Hole <input type="checkbox"/> Berle <input type="checkbox"/> Invalidní vozík <input type="checkbox"/> Chodítka <input type="checkbox"/> Naslouchátko <input type="checkbox"/> Zubní protézy Jiné:
13. Je schopen chůze bez cizí pomoci?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Je upoután na lůžku?	<input type="checkbox"/> trvale <input type="checkbox"/> převážně
Komunikuje verbálně?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Je orientovaný?	<input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou
Je schopen polohy vsedě?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Je schopen sám se najíst?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Je schopen sám se napít?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Je inkontinentní?	<input type="checkbox"/> trvale <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> v noci
Používá WC křeslo u lůžka?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Trpí defekty kůže, dekubity?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
14. Žadatel JE – NENÍ schopen umístění do Dps včetně kolektivního soužití.	

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o sociální službu

V..... dne.....

Razítko a podpis lékaře.....