

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele žádajícího o
umístění do Senior centra Nový Bor – Domov
pro seniory a vhodnosti umístění.

Rodné číslo žadatele:

Kód zdravotní pojišťovny:

Žadatel.....
příjmení (u žen též rodné) jméno

Datum narození.....
den, měsíc, rok

Bydliště.....

Anamnéza (rodinná, osobní , pracovní):

Objektivní nález (status generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Diagnóza (česky):

SEBEOBSLUHA:

Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci				Ano	Ne
Kompenzační pomůcky:	hůlka brýle	fran.berle sluchadlo	chodítko zubní protéza	invalidní vozík jiné	
Zrak:	normální	zhoršený	zbytky zraku		nevidomý
Sluch:	normální	nedoslýchavý	zbytky sluchu		neslyšící
Je upoután(a) na lůžko		trvale	převážně	není upoután	
Je schopen polohy v sedě nebo v křesle				Ano	Ne
Je schopen(a) se sám(a) obléknout				Ano	Ne
Je schopen(a) se sám(a) najíst, napít				Ano	Ne
Je schopen(a) se sám vykoupat				Ano	Ne
Je inkontinentní (uved'te stupeň)	trvale	občas	v noci	není	inkontinentní
Potřebuje lékařské ošetření				trvale	občas
Je agresivní?				Ano	Ne
Je zjištěn návyk na alkohol nebo jinou návyk. látku?				Ano	Ne
Porucha kognitivních funkcí				Ano	Ne
Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)?				Ano	Ne
Pokud ano, uveďte kterého.....				
Pokud ano, uveďte kterého.....				
Potřebuje zvláštní péči				Ano	Ne
Pokud ano, specifikujte jakou.....				
Pokud ano, specifikujte jakou.....				
Je žadatel schopen sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby?				ANO / NE *	

Současná terapie a její dávkování	název léku ₂	ráno	poledne	večer	noc

AHC a.s. ,Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 Michle
Provozovna **Senior centrum Nový Bor**
B. Egermanna 354, 473 01 Nový Bor
IČ: 24160369 Tel.: +420 702 081 437
E-mail: malkova@sestricka.cz
www.ahc.cz, www.ddnovybor.cz

Jméno praktického lékaře: _____

Adresa zdravotnického zařízení: _____

Kontakt na praktického lékaře: _____

Potvrzuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Dále potvrzuji, že t.č. u nemocného není známek akutního onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí.

Místo, datum

Razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil