

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele,
které je nedílnou součástí žádosti o přijetí

Rodné číslo žadatele:

Kód zdravotní pojišťovny:

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

Datum narození.....
den, měsíc, rok

Bydliště.....
místo ulice, č.p. PSČ

Poslední aplikace TAT :

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 fran.berle chodítko invalidní vozík				
brýle sluchadlo zubní protéza 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 Ano s pomocí
Je schopen(a) se sám(a) najíst, napít			Ano	Ne Ano s pomocí
Je schopen(a) se sám vykoupat			Ano	Ne Ano s pomocí
Je inkontinentní		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
Je pod dohledem specializovaného oddělení			Ano	Ne
(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)?				
Pokud ano, uveďte kterého:				
Potřebuje zvláštní péči			Ano	Ne
Pokud ano, specifikujte jakou:				
Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Senior centra:				
Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do SC Přepychy a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.				
Dne:		Razítko:		Podpis lékaře: