

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdr.stavu žadatele žádajícího o umístění
do Odlehčovací služby a vhodnost umístění.

Rodné číslo žadatele:

Kód zdravotní pojišťovny:

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

Datum narození.....
den,měsíc,rok

Bydliště.....
místo ulice č.p. PSČ

Anamnéza (rodinná, osobní ,pracovní)

Alergie:

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

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Diagnóza (lze nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice) – vyplňte, prosím, česky a čitelně, včetně číselného kódu MKN)

SEBEOBSLUHA:

Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci				Ano	Ne
Kompenzační pomůcky:	hůlka brýle	fran.berle sluchadlo	chodítka 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	trvale	občas	v noci	není	inkontinentní
Uveďte stupeň					
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
Orientace místem, časem		orientován	částečná dezorient.	zmatenost/dezorientace	
Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)?					
				Ano	Ne
Pokud ano, uveďte kterého.....					
.....					
Je žadatel schopen sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby? ANO / NE *					

Současná terapie a její dávkování	název léku	ráno	poledne	večer	noc
1) Žadatel je schopen užívat léky samostatně, včetně přípravy: ANO / NE *					
2) Žadatel je schopen dodržovat ordinovaný léčebný režim samostatně (převazy, ošetřovatelská rehabilitace) ANO / NE *					
Dieta, nutná úprava stravy:					
Plánovaná vyšetření v době pobytu:					
Zvláštní péče: (např.: převazy, aplikace inzulínu, ošetřovatelská rehabilitace, infuzní terapie)					

* Nehodící se škrtněte

Jméno praktického lékaře: _____

Adresa zdrav. zařízení: _____

Kontakt na prakt. 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.

razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil

místo, datum