

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

1. Žadatel:

jméno	příjmení	datum narození
rodné číslo	místo narození	zdravotní pojišťovna
trvalé bydliště	č.p./o.or.	PSČ, město

2. Nejblížeší (kontaktní) osoba:

jméno, příjmení	vztah	kontakt
-----------------	-------	---------

3. Jméno praktického lékaře, u něhož je žadatel registrován + kontakt:

4. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní - bývalé povolání):

5. Objektivní nález (status praesens generatis: v případě orgánového postižení i status localis)

6. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Zájemce je/není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

JE SCHOPEN
NENÍ SCHOPEN

Zájemce vyžaduje stálou 24hodinovou péči zdravotního charakteru (zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení)

ANO
NE

Zájemce je/není schopen kolektivního soužití (mobilní osoby s demencí, osoby s těžkým mentálním postižením, dekompenzované/nezaléčené osoby s psychiatrickou diagnózou, popř. v akutní závislosti na návykových látkách)

JE SCHOPEN
NENÍ SCHOPEN

*

7. Diagnóza (česky)

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

- a) hlavní
- b) ostatní choroby nebo chorobné stavy
- c) akutní infekční onemocnění

8. Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Je upoután trvale - převážně na lůžko		ANO	NE
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE
Užívání inkontinenčních pomůcek	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ př. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického a interního, diabetické poradny apod.)			
ANO	NE		
Schopnost samostatně jednat a rozhodovat se		ANO	NE

Poznámky:

V dne.....

 Podpis a razítko vyšetřujícího lékaře

9. Vyjádření lékaře domova o možnosti zajištění služeb

Vdne

 podpis

Odpovídající stav č. 6, 7 a 8 zakroužkujte.