

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele o pobytové ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Datum podání žádosti (razítko):	Rodné číslo žadatele: □□□□□□ □□□□
---------------------------------	--

Jméno a příjmení žadatele/ky:	Rodné příjmení:
-------------------------------	-----------------

Datum a místo narození	Zdravotní pojišťovna:
------------------------	-----------------------

Trvale bytem:

Anamnéza (rodinná, osobní):

Aktuální zdravotní stav (příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení):

Datum posledního očkování proti tetanu, chřipce, Pneumo 23:

Očkování proti COVID-19 (počet dávek, datum poslední dávky):

Lékařské diagnózy (česky + Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy.....

Medikace: samostatně s dohledem léky musí být podávány druhou osobou

Rozpis medikace:

Alergie:

Duševní stav:

Projevují se u žadatele příznaky demence nebo u něho byla diagnostikována (příp. Alzheimer. demence)?

Typ a stupeň demence:

Projevy narušující kolektivní soužití: **NE** **ANO** **Jaké:**

Aktuální stav žadatele:

Je schopen chůze bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je upoután trvale – převážně na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je schopen polohy v sedu, v křesle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je schopen sám se najíst, napít	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zvládne se samostatně osprchovat	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Používá WC křeslo u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Používá inkontinenční pomůcky	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Potřebuje lékařské ošetření trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Dieta*	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

->Jaká dieta a jaká jsou opatření (dieta, léky, kombinace léků, rozpis – viz medikace):

Je pod dohledem specializovaného oddělení? ANO NE

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)

Potřebuje zvláštní péči? Příp. jakou: ANO NE

Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol či jiné návykové látky? ANO NE

Jaké:.....

Sluch:	normální	nedoslychá	zbytky sluchu	neslyší	
Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý	
Defekty kůže:	dekubity	opruzeniny	bércové vředy	jiné	nemá
Kontinence:	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		

Kompenzační pomůcky:

<input type="checkbox"/> hole, berle, fr. hole	<input type="checkbox"/> ortézy	<input type="checkbox"/> chodítka	<input type="checkbox"/> invalidní vozík
<input type="checkbox"/> sluchadlo	<input type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> zubní protéza	<input type="checkbox"/> jiné

Přílohy:

- a) **popis rtg. snímku plic:** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu
- b) **výsledky vyšetření na bacilonosičství**
- c) **podle potřeby:** návrh ošetřujícího lékaře domova pro seniory – výsledky neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

Dne

.....
Podpis a razítko vyšetřujícího lékaře

Vyjádření lékaře zařízení sociálních služeb o vhodnosti poskytnutí sociální služby Domova pro seniory žadateli:

V Klášterci nad Ohří dne:

.....
Podpis a razítko smluvního lékaře MÚSS