



Domov pod hrází, o.p.s. 262 31 Pečice - Pečičky 25

Tel: 318 694 051 IČ 22723757 ID ch8kr 7w

www.domovpodhrazi.cz

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o poskytování registrované sociální služby

| | |
|---------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení žadatele | |
| Datum narození | |
| Adresa trvalého bydliště | |
| Kontakt na žadatele | |
| Kontakt na rodinné příslušníky | |

Lékařská anamnéza /rodinná, osobní, farmakologická, alergická, pracovní/

| |
|--|
| |
|--|

Současný zdravotní stav, objektivní nález:

| |
|--|
| |
|--|

Duševní stav:

| |
|--|
| |
|--|

Lékařské diagnózy: /vč. MKN/

| |
|--|
| |
|--|

| Specifické údaje | | |
|-------------------------|-----|----|
| HBs Ag | ano | ne |
| TBC | ano | ne |
| Alkoholismus | ano | ne |
| Agresivita | ano | ne |
| MRSA | ano | ne |
| Dietní opatření - jaké. | ano | ne |
| | | |
| Ostatní důležité údaje | | |
| | | |

| Sebeobsluha | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
| Upoután na lůžko | a) ne | b) převážně ano | c) trvale ano |
| Schopen chůze | a) zvládá sám | b) s pomocí druhé osoby | c) nezvládá |
| Chůze po schodech | a) zvládá sám | b) s pomocí druhé osoby | c) nezvládá |
| Hygiena | a) zvládá sám | b) s pomocí druhé osoby | c) nezvládá |
| Oblékání | a) zvládá sám | b) s pomocí druhé osoby | c) nezvládá |
| Inkontinence | a) ne | b) občas | c) trvale |
| Orientace | a) plně orientovaný | b) částečně orientovaný | c) dezorientovaný |

| Míra soběstačnosti | plně soběstačný | střední míra soběstačnosti | nízká míra |
|--------------------|-----------------|----------------------------|------------|
|--------------------|-----------------|----------------------------|------------|

| Potřebuje zvláštní péči | ano | ne |
|--------------------------------------|---|---|
| Jakou: | | |
| Je v péči lékaře specialisty: | <ul style="list-style-type: none"> • psychiatr • diabetolog • neurolog • oční | <ul style="list-style-type: none"> • ušní • urolog • orthopéd • jiné: |

| Schopnost samostatně jednat o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby | ano | ne |
|--|-----|----|
|--|-----|----|

| Razítko zdravotnického zařízení, datum a podpis lékaře |
|--|
| |

| Důležité přílohy /odevzdat před nástupem/ |
|---|
| a) popis rtg. snímku plic ne starší 3 měsíců b) výsledky vyšetření na bacilonosičství /výtěr stolice/, ne starší 1 měsíce c) výsledky vyšetření lékaře specialisty |