



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

### **o zdravotním stavu žadatele o pobyt v Domě pokojného stáří**

#### 1. Osobní údaje žadatele

Příjmení: ..... Jméno: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Trvalé bydliště: .....

Ošetřující lékař: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

#### 2. Aktuální zdravotní stav

Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ANO		NE	
Používá kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> hole	<input type="checkbox"/> invalidní vozík	<input type="checkbox"/> chodítko	
Sluch	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyší
Zrak	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> zhoršení vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
Je upoután trvale / převážně na lůžko?	ANO		NE	
Je schopen polohy vsedě, v křesle?	ANO		NE	
Je schopen sám se najíst, napít?	ANO		NE	
Inkontinence	Trvale	ANO	NE	
	Občas	ANO	NE	
	V noci	ANO	NE	
Používání WC křesla u lůžka?	ANO		NE	
Defekty kůže	ANO		NE	

### 3. Duševní stav

- orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití apod.

.....

- trpí žadatel demencí?

.....

- trpí (trpěl) žadatel závislostí? (na omamných, psychotropních, popř. jiných látkách)

.....

### 4. Diagnóza

Hlavní: .....

Ostatní choroby:.....

.....

Diety: .....

Trpí žadatel akutní infekční chorobou?            ANO            NE

**5. Potřebuje žadatel ošetření na speciálních odděleních?** (např. psychiatrie, ortopedie apod., pokud ano – prosím vypsát včetně jmen lékařů)

.....

.....

**6. Seznam léků, které žadatel užívá, včetně dávkování**

.....

.....

.....

**7. Je žadatel/ka schopen/schopna jednat a rozhodovat samostatně?**            ANO            NE

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře