

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu žadatele o přijetí do DOMOVA PRO SENIORY HORTENZIE****Osobní údaje žadatele:**

příjmení

(rodné příjmení\*)

jméno

titul

den, měsíc, rok narození

místo

okres

bydliště: ulice, č.p./č.evid.

místo (obec)

PSC, pošta

název zdravotní pojišťovny pojištěnce (i zkratkou)

(příp. kód zdravotní pojišťovny)

**Aktuální zdravotní stav** (*motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.*):**Duševní stav** (*orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje*):**Trpí žadatel demencí?**

ANO - NE\*\*

**Typ demence:****Stupeň:****Trpí žadatel, případně trpěl závislostí***(na omamných, psychotropních látkách, příp. jiných látkách)?*

ANO - NE\*\*

**Uveďte na jakých látkách:****Diagnóza***(hlavní i ostatní choroby):***Medikace**

Potřebuje lékařské ošetření	trvale:	ANO	- NE**	
	občas:	ANO	- NE**	
Je schopen/a chůze bez cizí pomoci?		ANO	- NE**	
Používá kompenzační pomůcky***:	hole	invalidní vozík	chodítka	jiné:
Sluch***:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší
Zrak***:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
Je upoután/a na lůžko	trvale:	ANO	- NE**	
	převážně:	ANO	- NE**	
Je schopen polohy vsedě, v křesle:		ANO	- NE**	
Je schopen/a sebeobsluhy, najíst se, napít se:		ANO	- NE**	
Inkontinence	trvale:	ANO	- NE**	
	občas:	ANO	- NE**	
	v noci:	ANO	- NE**	
Používá WC křeslo u lůžka:		ANO	- NE**	
Defekty kůže:		ANO	- NE**	
● Dekubity (stupeň, lokalizace):				
● Opruzeniny:				
● Jiné:				
Je pod dohledem specializovaného oddělení:		ANO	- NE**	
Jakého? (např. kardiologie, diabetologie, neurologie, ortopedie, plicní, psychiatrie, protialkoholní**)				
<b>Přílohy:</b>				
- popis RTG snímku plic, případně vyjádření odborného lékaře pro plicní choroby a tuberkulózu				
- výsledky vyšetření na bacilonosičství				
- dle potřeby aktuální výsledky vyšetření specialistou - např. kardiologie, diabetologie, neurologie, psychiatrie, urologie				
<b>Další údaje:</b>				
Očkování proti tetanu:	ANO rok:	_____	- NE**	
Očkování proti pneumokoku:	ANO rok:	_____	- NE**	
V _____ dne _____				
			razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)	

• Výkony lékaře spojené s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o přijetí