

# Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění do zařízení



**Domov Slaný, poskytovatel sociálních služeb**



(příloha k žádosti)

<p>.....</p>	
<p><b>1. Žadatel:</b> .....  <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>příjmení</span> <span>jméno</span> </div>   naroden: .....  <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>den, měsíc, rok</span> <span>místo</span> </div>   Zdravotní pojišťovna .....</p>	
<p><b>2. Aktuální zdravotní stav:</b></p>  	
<p><b>3. Duševní stav</b> ( orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití):  a) orientovaný                      b) částečná desorientace                      c) neorientovaný  d) depresivní stavy                  e) abusů alkoholu                                      f) jiné závislosti  jaké:</p>	
<p><b>4. Diagnóza</b> (česky)  a) hlavní  b) ostatní choroby nebo chorobné stavy</p>	<p>Statistická značka hlavní choroby podle MKN</p>

**6. Posouzení soběstačnosti**

Sám

S pomocí

Nezvládá

- |                      |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) jídlo, pití       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) oblékání          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) osobní hygiena    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) chůze po rovině   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) chůze po schodech | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:**

- |                       |                          |                  |                          |                  |                          |                  |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| f) dorozumívání       | <input type="checkbox"/> | mluví zřetelně   | <input type="checkbox"/> | s obtížemi       | <input type="checkbox"/> | nekomunikuje     |
| g) sluch              | <input type="checkbox"/> | slyší dobře      | <input type="checkbox"/> | špatně           | <input type="checkbox"/> | neslyší          |
| h) zrak               | <input type="checkbox"/> | vidí (s brýlemi) | <input type="checkbox"/> | špatně           | <input type="checkbox"/> | nevidí           |
| i) kontinence moči    | <input type="checkbox"/> | kontinentní      | <input type="checkbox"/> | občas inkont.    | <input type="checkbox"/> | inkontinentní    |
| j) kontinence stolice | <input type="checkbox"/> | kontinentní      | <input type="checkbox"/> | občas inkont.    | <input type="checkbox"/> | Inkontinentní    |
| k) orientace          | <input type="checkbox"/> | bez poruchy      | <input type="checkbox"/> | občas. zmatenost | <input type="checkbox"/> | trvalá zmatenost |

Je pod dohledem specializovaného oddělení - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.\*)

ANO - NE\*)

**vypsat lékaře konkrétně:****přiložte poslední zprávu lékaře specialisty**

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Potvrzuji, že žadatel netrpí žádným infekčním onemocněním (průjmová, scabies, TBC).

**7. Potvrzení o očkování:**Očkování proti chřipce:  datumOčkování proti tetanu:  datumOčkování proti pneumokokům:  datumOčkování proti Covid-19:  datum

8. Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova Slaný.

Dne: .....

.....  
podpis razítko ošetřujícího lékaře

