

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele

příloha k žádosti o poskytování sociální služby - § 91 odst. 4 zák. č. 108/2006 Sb., o
sociálních službách ve znění pozdějších změn a doplňků

- ❖ umístění do domova pro seniory
- ❖ umístění do domova se zvláštním režimem

1. Žadatel	
Příjmení (u žen též rodné jméno)	jméno
Narozen	den/měsíc/rok
Bydliště	místo
Rodné číslo	PSČ
	Zdravotní pojišťovna
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):	
3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):	
4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)	
<u>Orientace:</u> místem	ANO NE
časem	ANO NE
osobou/osobami	ANO NE
Trpí žadatel demencí?	ANO Typ demence: Stupeň:
	NE
5. Diagnóza (česky)	Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	
6. Potřebuje lékařské ošetření	trvale - občas - NE

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci			ANO	-	NE
Používá kompenzační pomůcky:	- hole	- invalidní vozík			- chodítka
Je upoután na lůžko			úplně - převážně		- NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle			ANO	-	NE
Je schopen sám sebe obsloužit			ANO	-	NE
Je schopen sám se najíst, napít			ANO	-	NE
Je inkontinentní		trvale - občas			- v noci - NE
Používá WC křeslo u lůžka			ANO	-	NE

8. **Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ** (např. plicního, neurologického, psychiatrického ortopedického, resp. chirurgického a interního, diabetické poradny, protialkoholní poradny apod.):

- trvale: ANO NE
- občas: ANO NE

Potřeba zvláštní péče (jaké):

Současná léčba:

9. Přílohy
- a) *popis RTG snímku plic*, pokud je indikován; v případě onemocnění hrudních orgánů nutno přiložit i vyjádření odborného lékaře (plicního, tuberkulózy a respiračních onemocnění)
 - b) *výsledky vyšetření na bacilonosičství*, pokud je indikováno;
 - c) *podle potřeby* (na návrh ošetřujícího lékaře nebo statutárního zástupce zařízení) - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření
 - d) *vyjádření o bezinfekčnosti*

10. Jiné údaje:

Dne.....

.....
podpis vyšetřujícího lékaře

.....
razítko ZZ

11. Vyjádření smluvního lékaře o vhodnosti umístění do domova pro seniory

Dne

.....
podpis