Domov pro seniory Skalice p. o.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE/ŽADATELKY

Rodné číslo žadatele(ky): …… Zdravotní pojišťovna: ……

1. Žadatel(ka): ……

2. Narozen(a): ……
Den, měsíc, rok Místo

3. Bydliště: ……
Ulice, č. p., město PSČ

4. Diagnostický souhrn (z dostupné dokumentace a na základě rodinné a osobní anamnézy):

5. Objektivní nález (aktuální zdravotní potíže, poruchy zraku, sluchu, řeči, alergie, poruchy kognitivních funkcí, patologické nálezy při vyšetření):

Domov pro seniory Skalice p. o.

*** Zaškrtněte jednu z možností**

Schopen(a) chůze*	Ano, bez omezení ☐	Sano, pouze ba krátké vzdálenosti ☐	S pomocí druhé osoby nebo s komp. pomůckou ☐	Upoután na lůžko ☐
Schopen(a) dbát o osobní hygienu*	Samostatně ☐	Proveden pokyn ☐	S pomocí druhé osoby ☐	Neprovede vůbec ☐
Schopen(a) se dorozumět*	Ano ☐	S obtížemi ☐	Není schopen(a) ☐	
Schopen(a) najíst se*	Ano, samostatně ☐	S menší pomocí osoby ☐	Potřeba krmit ☐	
Orientace osobou*	Plná ☐	Částečná ☐	Trvalá dezorientace ☐	
Orientace v čase*	Plná ☐	Částečná ☐	Trvalá dezorientace ☐	
Orientace v prostoru*	Plná ☐	Částečná ☐	Trvalá dezorientace ☐	
Inkontinence*	Žádná ☐	Občasná inkontinence moči ☐	Inkontinence moči a stolice ☐	
Užívání léků*	Samostatně ☐	Stačí pouze připravit ☐	Musí být podávány druhou osobou ☐	
Používání kompenzační pomůcky*	FH ☐	Chodítko ☐	Invalidní vozík ☐	Naslouchadlo ☐

Domov pro seniory Skalice p. o.

6. Diagnóza (česky):

Statistická značka hlavní choroby mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

7. Vyžaduje zvláštní péče? Jakou?

8. Duševní stav a jeho projevy:

a) psychotická onemocnění
b) demence
c) deprese

9. Typ stravy:

a) normální ☐
b) dietní ☐ upřesněte:

10. Jiné údaje (např.: žadatel(ka) není schopen(a) ze zdravotních důvodů vlastnoručního podpisu apod.)

V…… dne…….

……

Razítko a podpis lékaře

Domov pro seniory Skalice, p. o.
Skalice 1, 671 71 Hostěradice
IČO: 45671729

+420 515 339 157
info@domovskalice.cz
domovskalice.cz