

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ

Domov pro seniory - Skalice, příloha k žádosti o umístění v domově pro seniory

## 1) Žadatel:

-----  
Jméno a příjmení (u žen též rodné jméno)

-----  
Narozen - den, měsíc, rok, místo

Občanský průkaz číslo::

-----  
Rodné číslo žadatele:

-----

## 2) Bydliště:

místo: .....

ulice a číslo popisné: .....

směrovací číslo: .....

## 3) Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

.....  
.....  
.....

## 4) Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

.....  
.....  
.....

## 5) Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

.....  
.....  
.....

## 6) Diagnóza (česky)

a) hlavní: .....

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

.....  
.....  
.....

Statická značka hlavní choroby podle  
mezinárodního seznamu

## 7) Přílohy:

- popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře na nemoci plicní a tuberkulózu;
- výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno
- podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

- |    |  |             |
|----|--|-------------|
| 8) | Je schopen chůze bez cizí pomoci         | ANO - NE *) |
|    | Je upoután TRVALE - PŘEVÁŽNĚ *) na lůžko | ANO - NE *) |
|    | Je schopen sám sebe obsloužit            | ANO - NE *) |
|    | Pomučuje se - trvale                     | ANO - NE *) |
|    | občas                                    | ANO - NE *) |
|    | v noci                                   | ANO - NE *) |

Potřebuje lékařské ošetření: - trvale ANO - NE \*)  
- občas ANO - NE \*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ

např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního,  
poradny diabetické, protialkoholní apod. \*) ANO - NE \*)

Potřebuje zvláštní péči? Jakou:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

---

**9) Další speciální údaje, např:**

HB s Ag	ANO - NE *)
TBC	ANO - NE *)
Abus alkoholu	ANO - NE *)
Abus tox. látek	ANO - NE *)
Patologické hráčství	ANO - NE *)

---

---

**10) Jiné údaje:**

.....  
.....  
.....  
.....

---

---

-----  
datum

-----  
razítko Zdravotnického zařízení

-----  
podpis vyšetřujícího lékaře

\*) *nehodící se škrtněte*