

Příloha č. 1 k Žádosti o poskytnutí sociální služby

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU
ŽADATELE / ŽADATELKY**



Rodné číslo žadatele(ky) :

Zdravotní pojišťovna :

1. Žadatel(ka)
příjmení a jméno

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):

* zaškrtněte jednu z možností

Schopen(a) chůze*	ano, bez omezení <input type="checkbox"/>	ano, pouze na krátké vzdálenosti <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby nebo s komp. pomůckou <input type="checkbox"/>	upoután(a) na lůžko <input type="checkbox"/>
Schopen(a) dbát o osobní hygienu*	samostatně <input type="checkbox"/>	provede na pokyn <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/>	neprovede vůbec <input type="checkbox"/>
Schopen(a) se dorozumět*	ano <input type="checkbox"/>	s obtížemi <input type="checkbox"/>	není schopen(a) <input type="checkbox"/>	
Schopen(a) najíst se*	ano samostatně <input type="checkbox"/>	s menší pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/>	potřeba krmit <input type="checkbox"/>	
Orientace osobou*	plná <input type="checkbox"/>	částečná <input type="checkbox"/>	úplná <input type="checkbox"/>	
Orientace v čase*	plná <input type="checkbox"/>	částečná <input type="checkbox"/>	trvalá dezorientace <input type="checkbox"/>	
Orientace v prostoru*	Plná <input type="checkbox"/>	Částečná <input type="checkbox"/>	trvalá dezorientace <input type="checkbox"/>	
inkontinence*	Žádná <input type="checkbox"/>	občasná inkontinence moči <input type="checkbox"/>	inkontinence moči a stolice <input type="checkbox"/>	
Užívání léků*	Samostatně <input type="checkbox"/>	stačí pouze připravit <input type="checkbox"/>	musí být podány druhou osobou <input type="checkbox"/>	
Používání kompenzační pomůcky*	FH <input type="checkbox"/>	Chodítka <input type="checkbox"/>	invalidní vozík <input type="checkbox"/>	naslouchadlo <input type="checkbox"/>

6.. Diagnoza (česky) :

a) hlavní

Statistická značka hlavní choroby
mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

7. Vyžaduje zvláštní péči? Jakou ?

6. 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