

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – příloha k „ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY“

Datum přijetí žádosti:	Evidenční číslo žádosti:
-------------------------------	---------------------------------

Jméno, příjmení (rodné příjmení), titul			
Datum narození		Zdravotní pojišťovna	
Trvalé bydliště (ulice, město, PSČ)			
Telefon		Rodinný stav	
1. Anamnéza			
Rodinná:			
Osobní :			
2. Objektivní nález (včetně váhy a výšky)			

3. Psychický stav

Alzheimerova choroba, či jiný typ demence, jaký, v jakém rozsahu ? :

.....
.....

- Schizofrenie
- Poruchy osobnosti
- Psychózy
- Projevy narušující kolektivní soužití

4. Je závislý na alkoholu, či jiných omamných látkách ?

Ano

Ne

5. Diagnóza (česky) :

Hlavní :

Ostatní choroby nebo chorobné stavy :

6. Potřebuje lékařské ošetření

trvale	ANO	NE
občas	ANO	NE

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení, např.: plicní, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. ...

7. Potřebuje zvláštní péči – jakou :

8. Zdravotní stav

Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je upoután trvale / převážně na lůžko	ANO	NE
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE
Inkontinence moči		
trvale	ANO	NE
občas	ANO	NE
v noci	ANO	NE
stolice		
trvale	ANO	NE
občas	ANO	NE
Orientován		
místem	ANO	NE
časem	ANO	NE
osobami	ANO	NE

9. Jiné údaje

Dne
 ..
 razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)

10. Vyjádření smluvního lékaře domova o vhodnosti poskytování sociální služby :

Dne
 ..
 razítko a podpis lékaře

*Nehodící se škrtněte

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o umístění .