

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

příloha k „ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY“

Jméno, příjmení, titul			
Datum narození		Zdravotní pojišťovna	
Trvalé bydliště (ulice, město, PSČ)			
<b>1. Anamnéza</b>			
Rodinná:			
Osobní:			
FA:			
AA:			
<b>2. Objektivní nález (včetně váhy a výšky)</b>			
<b>3. Psychický stav</b> Alzheimerova choroba, či jiný typ demence, jaký, v jakém rozsahu? ..... ..... <input type="radio"/> Schizofrenie <input type="radio"/> Poruchy osobnosti <input type="radio"/> Psychózy <input type="radio"/> Projevy narušující kolektivní soužití			
<b>4. Je závislý na alkoholu, či jiných omamných látkách?</b>			
Ano		Ne	

**5. Diagnóza (česky):**

Hlavní:

Ostatní choroby nebo chorobné stavy:

**6. Potřebuje lékařské ošetření**

trvale

ANO

NE

Je pod dohledem specializované zdravotnické ambulance, např.: plicní, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. ...

**7. Potřebuje zvláštní péči – jakou:**

Je schopen chůze bez cizí pomoci?	ano	ne		
Je upoután trvale / převážně na lůžko	ano	ne		
Je schopen sám sebe obsloužit	ano	ne	částečně	
Inkontinence moči	trvale	občas	v noci	
Inkontinence stolice		trvale	občas	
Orientován	místem	ano	ne	částečně
	časem	ano	ne	částečně
	osobou	ano	ne	částečně

**8. Jiné údaje ( PnP a jiné )**

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel.

Dne .....

.....  
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře