

VYJÁDRĚNÍ PRAKTICKÉHO LÉLAŘE pro Senior centrum Nová Role o zdravotním stavu zájemce k poskytování sociální služby Domov pro seniory

I. Zájemce
Jméno a příjmení titul

Narozen/a: Místo:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Trvalé bydliště:
Ulice, číslo, město, PSČ, okres

II. Aktuální zdravotní stav:

III. Diagnóza

- a) Hlavní (Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

- b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy

IV. Trpí zájemce demencí:

Typ demence:

		ANO*	NE*
Orientován osobou	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*
Orientován časem	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*
Orientován místem	ANO*	ČÁSTEČNĚ*	NE*

V. Aktuální medikace:

VI. Alergie:

VII. Další nezbytné informace pro poskytnutí pobytové sociální služby

Alkoholismus: ANO – NE*
Agresivita: ANO – NE*
Kouření: ANO – NE*
Návykové látky: ANO – NE*

VIII. Sebeobsluha:

Je upoután na lůžko: ANO – NE*
trvale – převážně*

Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO – NE*

Je schopen chůze s pomocí: HOLE*
BERLE JEDNÉ, DVOU*
CHODÍTKA*

Pohybuje se na invalidním vozíku: ANO – NE*
sám – s pomocí druhé osoby*

Inkontinence moči:
- Trvale ANO – NE*
- Občas ANO – NE*
- V noci ANO – NE*

Potřebuje lékařskou péči: ANO – NE*
trvale – občas*

Poslední očkování proti tetanu:

Očkování proti COVID-19: ANO – NE*

IX. Dispenzarizace v odborných ambulancích:

V..... dne.....

.....
razítko a podpis lékaře

*nehodící se škrtněte