

Příloha č. 1

k Žádosti o poskytování sociální pobytové služby v Domově důchodců Horní Planá

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

TISKOPIS LZE NAHRADIT TIŠTĚNOU LÉKAŘSKOU ZPRÁVOU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, PŘÍPADNĚ DOPLNIT LÉKAŘSKÝMI ZPRÁVAMI ODBORNÝCH LÉKAŘŮ

1. Příjmení a jméno																					
2. Rodné číslo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
3. Zdravotní pojišťovna																					
4. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)																					
5. Objektivní nález																					
6. Lékařské diagnózy																					
7. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu)																					
8. Je žadatel pod dohledem odborného lékaře, pracoviště? (pokud ano tak kde)																					
9. Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu																					
10. Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol?	ANO <input type="checkbox"/>																				
	NE <input type="checkbox"/>																				

11. Je žadatel orientován?	MÍSTEM ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ <input type="checkbox"/>	
	ČASEM ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ <input type="checkbox"/>	
	OSOBOU ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ <input type="checkbox"/>	
12. Jsou u žadatele pozorovány projevy agresivity?	SLOVNÍ AGRESIVITA ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
	FYZICKÁ AGRESIVITA ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
13. Projevuje žadatel noční aktivitu?	ANO <input type="checkbox"/>	
	NE <input type="checkbox"/>	
14. Potřebuje žadatel zvláštní péči? Pokud ano, popište prosím jakou?	NE <input type="checkbox"/>	
	ANO <input type="checkbox"/>	
15. Chůze schopen bez cizí pomoci?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
16. Trvale upoután na lůžko?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
17. Je schopen se sám obsloužit?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
18. Doplnující sdělení:		
Datum vyplnění	Razítko lékaře	Podpis lékaře