



Vyjádření registrujícího lékaře o zdravotním stavu

žadatele o přijetí do Domova pro seniory PAMPELIŠKA, o.p.s.

(§91 odst.4, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Příjmení a jméno:

Rodné příjmení:**Rodné číslo:**/**Pojišťovna**

Bydliště:

A. Anamnéza (osobní, pracovní)

B. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení o status lokalis)

C. Diagnoza (česky, DG hlavní i ostatní choroby, vč. Statistické hl. choroby dle mezinárodního seznamu)

D. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

1) Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotního oddělení?

- Ne**
- Ano – prosím, uveďte jakého zařízení**
uveďte místo ordinace a jméno odborného lékaře- specialisty

* Alergologie

* Chirurgie

* Neurologie

* Plicní

* Psychiatrie

* Diabetologie

* Interní

* Ortopedie

* Kardiologie

* a další

2) Ortopedické a kompenzační pomůcky:

- brýle
- naslouchadla
- chodítka
- jiné, uveďte jaké:

Je zjištěn návyk na alkohol?

Projevy narušující kolektivní soužití?

Je agresivní?

Noční aktivita?

Jiné důležité údaje?

Je schopen sám užívat léky?

(aplikace inzulínu apod.)

Držitel průkazu

Z

ZPT

ZPT/P

Naposledy předepsané inkontinentní pomůcky?

3) Vyplňte následující údaje:

Schopnost chůze	bez omezení	na krátké vzdálenosti	s pomocí	s kompen. pomůckou	upoután na lůžku
Přesun lůžko, židle	samostatně	s pomocí osoby	s kompen. pomůckou	neprovede	
Najedení, napít	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede	
Schopnost konzumace jídla	sama	s dopomocí	ne	sondou	
Oblékání	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede	
Osobní hygiena	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede	
Koupání	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede	
Použití WC	samostatně	s dohledem	s pomocí	neprovede	
Schopnost se dorozumět	ano	s obtížemi	pouze neverbálně	není schopen	
Orientace	prostorová	časová	osobou	situací	
plná	*	*	*	*	
částečná	*	*	*	*	
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní		

V dne

.....
 razítko a podpis ošetřujícího lékaře