Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k žádosti o pobyt v Domově pro seniory
příloha žádosti

1. **Žadatel** KADLAS
……..
příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno

narozen ……R.Č.……
den, měsíc, rok místo

bydliště:
…….....
ulice číslo místo PSČ, pošta

2. **Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):

3. **Duševní stav** (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

4. **Trpí žadatel demencí?** ANO
Typ demence: Stupeň:

NE

5. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?

ANO Jaké

NE

6. **Potřebuje lékařské ošetření** trvale ANO NE

občas ANO NE

7. **Je schopen chůze bez cizí pomoci** ANO NE

Používá kompenzační pomůcky: hole invalidní vozík chodítko

Sluch: normální nedoslýchá zbytky sluchu neslyší

Zrak: normální zhoršené vidění zbytky zraku nevidomý

Je upoután trvale – převážně * na lůžko ANO NE

Je schopen polohy v sedě, v křesle ANO NE

Je schopen sám se najíst, napít ANO NE

Inkontinence trvale ANO NE

občas ANO NE

v noci ANO NE

Používá WC křeslo u lůžka ANO NE

Defekty kůže: ANO dekubity (stupeň, lokalizace)

opruzeniny

jiné

NE

8. **Jiné údaje:**

Dne ……..…V ……..… ……

razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)

- **Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.**