

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu k žádosti o poskytnutí služby sociální péče V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov Slunovrat, Ostrava-Přívoz, příspěvková organizace se sídlem Na Mlýnici 203/5, Ostrava-Přívoz, PSČ 702 00

1. Žadatel

| | |
|----------------------|-----------------|
| jméno | příjmení |
| datum narození | místo narození |
| adresa | |
| zdravotní pojišťovna | Praktický lékař |

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis)

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

5. Diagnóza (česky, včetně statistické značky hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Přílohy

- popis **rtg plic**, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;
- výsledky vyšetření na bacionosičství, pokud je indikováno;
- podle potřeby – na návrh ústavního lékaře – výsledky vyšetření neurologického, **psychiatrického**, **ortopedického** resp. chirurgického, interního a laboratorní vyšetření

Odborné nálezy nesmí být starší 2 měsíců.

U bércoých vředů a dekubitů nesmí být vyšetření starší 1 měsíce.

| | |
|---|--|
| 7. Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci? | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je žadatel upoután na lůžko? | <input type="checkbox"/> TRVALE <input type="checkbox"/> PŘEVÁŽNĚ <input type="checkbox"/> NENÍ |
| Je žadatel schopen sám sebe obsloužit? | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Inkontinence moči | <input type="checkbox"/> TRVALE <input type="checkbox"/> OBČAS <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> V NOCI |
| Inkontinence stolice | <input type="checkbox"/> TRVALE <input type="checkbox"/> OBČAS <input type="checkbox"/> NE |
| Potřebuje žadatel lékařské ošetření? | <input type="checkbox"/> TRVALE <input type="checkbox"/> OBČAS <input type="checkbox"/> NE |
| Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, diabetické poradny, protialkoholní poradny ... apod. (pokud ano konkretizujte tento dohled) | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Potřebuje žadatel zvláštní péči? (pokud ano, konkretizujte, o jakou se jedná) | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Jakou dietu žadatel potřebuje? | |

8. Jiné údaje

| | |
|------------|---------------------------------|
| Dne | podpis lékaře (jmenovka) |
|------------|---------------------------------|