

Evidenční číslo:	Pojišťovna:
Datum podání:	
1. Žadatel:	
Příjmení (u žen i rodné)	Jméno
	Titul
Narozen:	
Den, Měsíc, Rok	Místo
2. Trvalé bydliště:	
3. Současné bydliště:	
4. Anamnéza: (rodinná, osobní , pracovní)	
5. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)	
6. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)	
7. Diagnóza (česky)	Statistická značka, hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
a) hlavní	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	
8. Výsledky požadovaného lékařského vyšetření:	
a) Výsledky kultivace ze stěru z otevřené rány má-li zájemce o službu nějakou.	
b) Popis RTG plic, diagnostický závěr. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.	
c) Výsledky vyšetření gerontologického - pouze na vyzvání.	
d) Přiložit výpis z dokumentace specialistů, pokud se u nich žadatel léčí /DIA poradna, kardiologie, oční, cévní, urologie, neurologie, ortopedie, endokrinologie, psychiatrie...../ a přidat průkazy z dotyčných ambulancí - např. průkaz diabetika, kartička ke kardiostimulátoru, při nástupu nahlásit vrchní sestře, zda klient bude za pomoci rodiny dojíždět do stávající ambulance, nebo zda tyto odborné ambulance máme zařídit v blízkosti DP.	
9. Chůze:	
bez pomoci - s pomocí druhé osoby - s holí/chodítkem - s asistencí - nesoběstačný *)	
Inkontinence moči:	NE - občas - trvale - v noci *)
stolice:	NE - občas - trvale - v noci *)
PMK:	ANO - velikost, od kdy - NE *)

Používané pomůcky: vložky - pleny - jiné *)

Mentální stav: dobrý *) Demence: lehká - středně těžká - těžká *)

Noční neklid: ANO - NE *)

Zhoršená orientace v noci: ANO - NE *)

Nutné lékařské ošetření - trvalé ANO - NE *)

- občas ANO - NE *)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

ANO - NE *)

Nutná zvláštní péče: ANO - NE *)

Jaká:

Diabetes mellitus: ANO (dieta - PAD - inzulín) - NE *)

Kardiostimulátor: ANO - NE *)

Warfarinizace: ANO - NE *)

Abusus alkoholu: ANO - NE *)

Abusus toxických látek: ANO - NE *)

Patologické hráčství: ANO - NE *)

Defekty na kůži:

.....

Aktuální medikace:

.....

.....

.....

Alergie:

Odborní lékaři - jména, specializace a adresa:

.....

Dne:

Podpis a razítko lékaře

12. Vyjádření smluvního lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova pro seniory Dřevčický Park:

Dne:

Podpis a razítko lékaře

*) hodící se zaškrtněte