

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE PRO ÚČELY ŽÁDOSTI O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA PRO SENIORY

| | |
|--|----------------------|
| JMÉNO A PŘÍJMENÍ | |
| RODNÉ PŘÍJMENÍ | |
| DATUM, MÍSTO NAROZENÍ | |
| TRVALÉ BYDLIŠTĚ | |
| DIAGNÓZA HLAVNÍ (včetně číselného kódu dle MKN) | |
| DALŠÍ DIAGNÓZY (včetně číselného kódu dle MKN) | |
| ANAMNÉZA OSOBNÍ (rodinná, pracovní) Nutné vyplnit | |
| OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (status praesens generalis, při orgánovém postižení i status lokalis) | |
| ALERGIE | |
| OČKOVÁNÍ (případný počet dávek a datum očkování) | |
| | Covid-19: pneumokok: |
| | Tetanus: chřipka |
| | Jiná očkování |

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE PRO ÚČELY ŽÁDOSTI O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA PRO SENIORY

| | |
|--|---|
| AKTUÁLNÍ MEDIKACE (název léků, četnost užívání léků) | |
| ODBORNÍ LÉKAŘI (jméno, specializace, adresa ordinace, dodat poslední lékařské zprávy ne starší 3 měsíců) | |
| MENTÁLNÍ STAV (prosíme zakroužkujte odpověď) | |
| DEMENCE | ANO NE |
| | Pokud ano: LEHKÁ STŘEDNĚ TĚŽKÁ TĚŽKÁ |
| NOČNÍ NEKLID | ANO NE |
| ZHORŠENÁ ORIENTACE V NOCI | ANO NE |
| PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ | ANO NE |
| TĚLESNÝ STAV (prosíme, zakroužkujte odpověď) | |
| CHŮZE | BEZ POMOCI S HOLÍ/CHODÍTKEM S ASISTENCÍ IMOBILITA |
| INKONTINENCE MOČI | NE OBČAS TRVALE |
| INKONTINENCE STOLICE | NE OBČAS TRVALE |
| PMK | ANO NE |
| | Pokud ano: Velikost _____ Datum zavedení _____ |
| POUŽÍVANÉ POMŮCKY | VLOŽKY PLENY JINÉ |
| | Pokud jiné, prosíme upřesnit: _____ |
| DEFEKTY NA KŮŽI | |

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
PRO ÚČELY ŽÁDOSTI
O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA
PRO SENIORY**

| ZDRAVOTNÍ RIZIKA Prosíme, zakroužkujte odpověď) | | | | |
|--|------------|-------|-----|---------|
| DIABATES MELLITUS | ANO | | NE | |
| | Pokud ano: | DIETA | PAD | INZULÍN |
| KARDIOSTIMULÁTOR, ICD | ANO | | NE | |
| WARFARINIZACE | ANO | | NE | |
| KUŘÁK | ANO | | NE | |
| ABUSUS ALKOHOLU | ANO | | NE | |
| ABUSUS TOXICKÝCH LÁTEK | ANO | | NE | |
| PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ | ANO | | NE | |

Dne:.....

Podpis a razítko lékaře:.....

Vyjádření smluvního lékaře Domova pro seniory Dřevčický Park:

Dne:.....

Podpis a razítko lékaře:.....