

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění do domova pro seniory

nedílná součást k žádosti o umístění do Domova důchodců Dvůr Králové nad Labem

1. Žadatel			
příjmení (též rodné jméno)		jméno	
narozen			
den, měsíc, rok		místo	
bydliště			
místo		ulice, č.p.	PSČ
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):			
3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):			
4. Diagnóza Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu			
a) hlavní			
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy			
5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)			
Je pod dohledem speciálního oddělení? (je vhodné připojit výsledky vyšetření)			
Je zjištěn návyk na alkohol?			
Projevy narušující kolektivní soužití:			
Je orientovaný? (čas, místo, prostor)			
Je agresivní?			
Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?			
Jiné údaje:			

6. Aktuální medikace:**7. Přílohy:**

- a) Popis RTG snímku plic, pokud je indikován (v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu).
- b) Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- c) Podle potřeby – na návrh smluvního lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

7 Posouzení soběstačnosti:

Najedení, napití	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Oblékání	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Koupání	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Kontinence moči	<input type="checkbox"/> Kontinentní	<input type="checkbox"/> Občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> Inkontinentní	
Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> Kontinentní	<input type="checkbox"/> Občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> Inkontinentní	
Použití WC	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	<input type="checkbox"/> Schopnost použít mobilní WC u lůžka
Přesun lůžko/židle	<input type="checkbox"/> Sám.	<input type="checkbox"/> S pomocí.	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> Chodí sám	<input type="checkbox"/> Chodí s holí, berlemi	<input type="checkbox"/> Nechodí	<input type="checkbox"/> Chodí s pomocí druhé osoby
Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> Sám	<input type="checkbox"/> S pomocí	<input type="checkbox"/> Neprovede	
Dorozumívání	<input type="checkbox"/> Mluví zřetelně	<input type="checkbox"/> Mluví s obtížemi	<input type="checkbox"/> Nemluví	
Sluch	<input type="checkbox"/> Slyší dobře	<input type="checkbox"/> Slyší špatně	<input type="checkbox"/> Neslyší	
Zrak	<input type="checkbox"/> Vidí dobře (i s brýlemi)	<input type="checkbox"/> Vidí špatně (i s brýlemi)	<input type="checkbox"/> Nevidí	

Dohled jiné osoby, v čem:

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

Jiné údaje:

Je pod dohledem specializovaného oddělení (jakého)?

Dne:

Podpis vyšetřujícího lékaře (razítko)