

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením „Pramen“ v Mnichově

Datum podání *):

převzal(a):.....podpis:.....

1. Žadatel:
příjmení (u žen též rodné jméno) jméno
narozen:
den, měsíc, rok místo
bydliště:
místo ulice číslo popisné okres
pošta směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

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

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

5. Diagnóza (česky)
a) hlavní
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní
choroby podle mezinárodního
seznamu

6. Přílohy: a) popis RTG snímku plic ne staršího 1 měsíce. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
b) výsledky vyšetření na bacilosocietví
c) podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.

*) pokud je vyjádření lékaře podáváno samostatně

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Je upoután TRVALE - PŘEVÁŽNĚ*) na lůžko	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Pomočuje se: trvale	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
občas	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
v noci	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Potřebuje lékařské ošetření: trvale	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
občas	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?		

8. Další speciální údaje, např.:		
HB s Ag	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
TBC	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Abusus alkoholu	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Abusus toxických látek	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)
Patologické hráčství	<input type="checkbox"/>	ANO - NE*)

9. Jiné důležité údaje:

10. Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova pro osoby se zdravotním postižením „Pramen“ v Mnichově – zařízení poskytující služby sociální péče:

Dne:

.....

razítko ZZ

.....

podpis ošetřujícího lékaře

*) nehodící se škrtněte