

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

## o zdravotním stavu žadatele o umístění do zařízení sociálních služeb

Sociální služby, příspěvková organizace  
Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří



Podací razítko:

### Žadatel:

Příjmení	Jméno	Rodné příjmení
Datum narození	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Trvalé bydliště	Telefon	

### Anamnéza:

(rodinná, osobní, pracovní)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

### Objektivní nález:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Duševní stav:**

.....

.....

.....

.....

**Diagnóza:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Mobilita:**

- mobilní     imobilní     schopen samostatného pohybu v invalidním vozíku
- chůze s chodítkem samostatně     chůze s chodítkem s pomocí druhé osoby

**Inkontinence:**

Trvalá                       ano                       ne

Občasná                       ano                       ne

V noci                       ano                       ne

**Orientován:**

Místem                       ano                       částečně                       ne

Časem                       ano                       částečně                       ne

Osobou                       ano                       částečně                       ne

**Potřebuje lékařské ošetření:**

trvale                       občas

**Je pod dohledem specializovaného oddělení:**

ano                       ne

**Jakého:** .....

(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, interního, poradny diabetické apod.)

**Je schopen jednat samostatně o uzavření smlouvy o poskytování sociální služby:**

ano

ne

### **Přílohy**

- a) popis rtg. Snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu
- b) výsledky vyšetření na bacilonosičství
- c) podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

### **Jiné doplňující údaje:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V....., dne.....

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**Žádost doručte spolu s vyjádřením lékaře, které bude předáno vedoucí zdravotního úseku na adresu: Sociální služby, příspěvková organizace, Pochlovická 57, 357 51 Kynšperk nad Ohří.**

**Případné dotazy Vám zodpoví sociální pracovník na tel.čísle: 352 370 126.**

**Veškeré informace naleznete na: [www.kr.karlovarsky.cz/dpskynsperk/](http://www.kr.karlovarsky.cz/dpskynsperk/)**

**O způsobu vyřízení žádosti Vás budeme písemně informovat.**