



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o sociální službu v domově se zvláštním režimem

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Diagnózy: <i>(včetně statistické značky hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)</i>	
Prodělal nebo prodělává pacient infekční onemocnění? Jaké a kdy?	
Pacient je orientován:	<input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> realitou
Poruchy chování: <i>(např. noční aktivita, agresivita, apod.)</i>	
Závislosti: <i>(uved'te jaké a současný stav)</i>	
Alergie: <i>(uved'te jaké)</i>	
Dieta: <i>(uved'te jaká)</i>	
Mobilita:	<input type="checkbox"/> bez cizí pomoci <input type="checkbox"/> o holi <input type="checkbox"/> o berlích <input type="checkbox"/> s chodítkem <input type="checkbox"/> pomocí inv. vozíku, je schopen samostatného přesunu? ANO – NE <input type="checkbox"/> trvale upoután na lůžko
Smyslové omezení: <i>(uved'te jaké)</i>	
Pacient potřebuje ošetrovatelskou péči: <i>(hygienu, oblékání, příjem stravy, inkontinence, převazy, podávání léků, inzulínu, rehabilitace, komplexní ošetrovatelská péče, apod.)</i>	<i>Popis:</i>
Adresa a kontakt na praktického lékaře:	
Jiní odborní lékaři:	

Datum _____

Razítko, podpis lékaře _____