### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova seniorů

**I. Žadatel**………………………………………………………………………………………..

 Jméno a příjmení rodné příjmení u žen

 Narozen/a:…………………………………….Místo………………………………………….

Rodné číslo:…………………………………..Číslo občanského průkazu……………………..

Zdravotní pojišťovna………………………….............................................................................

Trvalé bydliště……………………………………………………………………………….......

**II. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):**

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

**IV. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):**

**V. Diagnóza (česky)** (Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

**VI. Chronická medikace:**

Alkoholismus: ANO – NE\*

Agresivita: ANO – NE\*

Kouření: ANO – NE\*

Návykové látky: ANO – NE (\*nehodící se škrtněte)

**VII. Sebeobsluha:** (\*nehodící se škrtněte)

Je upoután na lůžko: ANO – NE

 trvale – převážně\*

Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO – NE\*

Je schopen chůze s pomocí: HOLE\*

 BERLE JEDNÉ, DVOU\*

 CHODÍTKA\*

Pohybuje se na invalidním vozíku: ANO – NE\*

 sám – s pomocí druhé osoby\*

Je schopen se sám: (\*nehodící se škrtněte)

* Najíst ANO – NE\*
* Vykoupat ANO – NE\*
* Obléci ANO – NE\*
* Obout ANO – NE\*
* Uchopit nádobu s nápojem ANO – NE\*
* Umýt si obličej či ruce ANO – NE\*
* Oholit se ANO – NE\*

Je schopen vydržet v sedě po dobu alespoň 30 min. ANO – NE\*

Orientace:

* Místem ANO – NE\*
* Časem ANO – NE\*
* Osobou ANO – NE\*

Pomočuje se:

* Trvale ANO – NE\*
* Občas ANO – NE\*
* V noci ANO – NE\*

Potřebuje lékařskou péči: ANO – NE\*

 trvale – občas\*

Poslední očkování proti tetanu:

Je v péči odborného lékaře? (jméno, kontakt) :

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Dne:……………………… ……………………………………..

 Vlastnoruční podpis lékaře

 razítko