



alzheimer home

Vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o službu

(příloha k žádosti o poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno, příjmení zájemce o službu:

Datum narození: Rodné číslo:.....

Trvalý pobyt: PSČ:.....

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:

Telefon na ošetřujícího lékaře:

E-mail na ošetřujícího lékaře:

Diagnostický souhrn:

V kopii vždy přiložte aktuální lékařskou zprávu ošetřujícího lékaře a případně další dostupné lékařské zprávy důležité pro zhodnocení zdravotního stavu zájemce.

.....

.....

.....

.....

.....

Stav vědomí:

.....
Orientace: místem ANO – NE časem ANO – NE osobou ANO – NE

Trpí demencí: ANO – NE – DOSUD NEURČENO

Očkování:

Tetanus ANO – NE / KDY

Pneumokok ANO – NE / KDY.....

Žloutenka ANO – NE / KDY

Diagnóza, která je primární příčinou demence:

.....

Anamnestické údaje z oblasti infekčních onemocnění:

Je (byl) – není (nebyl) zájemce léčen pro tuberkulózu? ANO – NE

V případě kladné odpovědi musí být přiloženo vyjádření odborného lékaře v oboru plicních nemocí a tuberkulózy, snímek a popis snímku plic. Snímek a vyjádření nesmí být starší než 3 měsíce. V případě, že je žádost podána déle než 3 měsíce před nástupem, je nutné doložit snímek a vyjádření znovu.

Je zájemce léčen nebo sledován na specializovaném oddělení zdravotnického zařízení pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu? ANO – NE

Soběstačnost:

- | | |
|--|-----------------------|
| a) Je schopen chůze bez cizí pomoci: | ANO – NE |
| b) Je trvale upoután na lůžko: | ANO – NE |
| c) Je schopen sám sebe obsloužit: | ANO – NE – S DOPOMOCÍ |
| d) Nají se sám: | ANO – NE – S DOPOMOCÍ |
| e) Napije se sám: | ANO – NE – S DOPOMOCÍ |
| f) Je kardiopulmonálně stabilizován: | ANO – NE |
| g) Je závislý na podávání kyslíku: | ANO – NE |
| h) Je závislý na jiném druhu výživy a hydratace než ústy | ANO – NE |
| i) Trpí inkontinencí moče: | ÚPLNÁ – ČÁSTEČNÁ – NE |
| j) Trpí inkontinencí stolice: | ÚPLNÁ – ČÁSTEČNÁ – NE |

Potřebuje zvláštní péči: ANO – NE

Jakou:

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

Aktuální medikace a její rozpis užívání:

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

Jiné důležité údaje (např. poruchy zraku, sluchu, řeči, kompenzační pomůcky – sluchadlo, brýle, hole, závažné alergie, osoba nemluvící českým jazykem):

.....
.....

Datum:

.....
(Razítko a podpis ošetřujícího lékaře)