



PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DOMOV PRO SENIORY LESNOV

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

Žadatel		
Jméno, příjmení, titul		
Datum narození:		
Zdravotní pojišťovna:		
Základní diagnózy žadatele:		
Závažné nemoci žadatele:		
Demence:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	typ demence:
Stupeň demence:	<input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III.	
Dezorientace v prostoru:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Mentální postižení	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> lehké <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> těžké	
Další psychiatrická onemocnění:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Závažné projevy chování: (např. agresivita apod.)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Závislosti žadatele:		
Na alkoholu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Abstinence delší než 1 rok:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Jiné návykové látky:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	



Mobilita žadatele:			
Schopnost samostatného pohybu mimo lůžko:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> s pomůckou:
Jiná podstatná sdělení: (včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)			

Datum posledního přeočkování na tetanus:	
Datum očkování proti pneumokokovi:	

Dne

Razítko a podpis lékaře