

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele o přijetí
do Domova pro seniory Vlčice**

Osobní údaje:		
Žadatel/ka		
	jméno	příjmení
Narozen/a		
	den, měsíc, rok	místo
Trvalé bydlíště		
	obec	ulice a č.p.
		PSČ
Anamnéza (rodinná, osobní, záznam o infekci např. MRSA, TBC, hepatitida)		
Objektivní nález:		
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)		

Alkoholismus	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Tabakismus	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Návykové látky	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Agresivita	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Stravování			
<input type="checkbox"/> normální dieta <input type="checkbox"/> šetrčí dieta <input type="checkbox"/> diabetická dieta			
Mobilita:			
Je upoután/a na lůžku	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> převážně	<input type="checkbox"/> trvale
Je schopen/a polohy v sedu	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Je schopen/a chůze bez pomoci druhé osoby	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím
Kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> jedna fran. hůl <input type="checkbox"/> dvě fran. hole		
	<input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> inv. vozík		
	<input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> zubní náhrada		
Inkontinence:			
moči	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> trvale
stolice	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> trvale
Používá toal. křeslo?	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	
Zrak:			
<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidomý			
Sluch:			
<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nedoslýchá <input type="checkbox"/> zbytky sluchu <input type="checkbox"/> neslyšící			
Orientace:			
místo	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	čas	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
osoba	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Je schopen/a se samostatně:			
najíst	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
vykoupat	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
umýt	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
oholit	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
učesat	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
obout	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s dohledem
užívat léky	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> podává pouze personál <input type="checkbox"/> s dohledem	
Je v péči odborného lékaře:			
<input type="checkbox"/> ano, kterého _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> ne

Seznam užívaných léků:

--

Další údaje:

--

Vyjádření lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do Domova pro seniory

doporučuji přijetí

nedoporučuji přijetí z důvodu:

.....
Datum

.....
razítko a podpis lékaře