



Domov pro seniory Heřmanův Městec

U Bažantnice 63, Heřmanův Městec

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele k žádosti
do Domova pro seniory Heřmanův Městec**

1. Žadatel:
příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno titul

Datum narození: zdrav. pojišťovna.....
den, měsíc, rok

Bydliště trvalé:
obec, ulice, č.p., PSČ

2. Anamnéza - rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HBsAg):

3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Zdravotní omezení, která vyplývají ze zdravotního stavu žadatele a souvisejí s poskytováním péče o něho:

Trpí žadatel alergií?

ANO NE* Na co:

Má žadatel **defekty na kůži** (rány, opruzeniny, dekubity, bércové vředy, apod.?)

ANO NE*

Lokalizace a rozsah defektu:

Druh a četnost ošetřování:

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Projevují se u žadatele **známky agresivity** (slovní, fyzické), **neklidu**?

ANO NE* Druh, četnost:

Je žadatel schopen **soužití v kolektivu** s dalšími seniory na vícelůžkovém pokoji?

ANO NE* Důvod:

Trpí žadatel **poruchami spánku**?

ANO NE* Druh poruchy:

5. Diagnóza (česky):

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Potřebuje lékařské ošetření

trvale ANO Jméno a kontakt: NE*)

občas ANO Jméno a kontakt: NE*)

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

7. Potřebuje zvláštní péči - jakou:**8. Soběstačnost**Je schopen **chůze** bez cizí pomoci ANOJe **upoután trvale** – převážně* na lůžko ANOJe schopen **sám sebe obsloužit** ANO**NE* Kompenzační pomůcky při chůzi:** hůl, hole berle chodítko rollátor invalidní vozík elektrický skútr**Inkontinence moči**

trvale ANO

občas ANO

stolice

trvale ANO

občas ANO

Orientován(a) místem

časem ANO

osobou ANO

situací ANO

NE* Smyslové postižení: nemá zrakové sluchové vestibulární(rovnováha)**Schopnost podpisu** ANO

NE* Z důvodu:

9. Jiné údaje:**Dieta č.:****Nutná úprava stravy:****Datum posledního očkování TAT:****Jméno praktického lékaře:****Dne:****razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)****Služba je poskytována:** seniorům zejména od 60 let, kteří si nejsou schopni sami zajistit životní potřeby, nemohou žít z těchto důvodů ve svém přirozeném prostředí, takže potřebují pravidelnou pomoc odborného personálu, bez které by bylo ohroženo jejich zdraví nebo život.**Neposkytujeme službu domova se zvláštním režimem, kterou vyžadují osoby s demencí.****Požadované přílohy:**

a) Výsledky vyšetření na bacilonosičství - pokud je indikováno.

b) Výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, eventuálně dalších

- na vyžádání lékaře

10. Vyjádření lékaře domova pro seniory o vhodnosti umístění žadatele:**Dne:****Podpis:**

* Nehodící se škrtněte

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o umístění.