

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE
o zdravotním stavu žadatele o umístění do zařízení Senior Home, s.r.o.

<p>Žadatel/ka:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Jméno, příjmení (popř. rodné příjmení)</p>
<p>Narozen/a:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">den, měsíc, rok</p>
<p>Bydliště:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ulice, č.p., obec, část obce, PSČ</p>
<p>Rodné číslo: _____ Zdr. pojišťovna _____</p>
<p>Diagnóza (slovy a čísly)</p> <p>Základní:</p> <p>Ostatní:</p>
<p>Objektivní nález: (status praesens, generalis, v případě orgánového postižení i status localis):</p>
<p>Duševní stav: (popř. projevy narušující kolektivní soužití, návykové látky – alkohol, cigarety...):</p>

Další speciální údaje:

Dieta: _____

Inkontinence: občas trvale v noci**Typ pomůcky:** vložná plena natahovací kalhotky lepící kalhotky**Chůze a pohyblivost:**

Chodí sám/a s pomocí (hole, 2. osoba) imobilní

Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit ANO - NE*)

Dechové potíže: ANO - NE*)

Kolapsové stavy ANO - NE*)

Abusus alkoholu ANO - NE*)

Abusus toxických látek ANO - NE*)

Hepatitida B (HBsAg) ANO - NE*)

TBC ANO - NE*)

Agresivita: **verbálně:** ANO - NE*) **fyzicky:** ANO - NE*)

Pády: občasné: opakované: poslední kdy:

Spí v noci a jak:

Poslední hospitalizace a důvod:

Aktuální medikace a dávkování:**Alergie:****Stav kůže: (dekubity, otlaky, puchýře, vředy, opruzeniny apod.):**

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Termíny očkování:

- **TAT:**
- **Chřipka:**
- **Pneumo:**

Přehled vyšetření, která jsou potřebná k přijetí do zařízení DZR:

- Krevní odběry (krevní obraz, jaterní soubor, renální soubor, glykémie, glyk. hemoglobin, ionty), močová sedimentace, výtěry z nosu a krku, event. z rány či dekubitu (prevence MRSA), v případě kožního onemocnění – potvrzení, že se nejedná o přenosnou kožní chorobu.

Specialisté – uveďte ošetřujícího lékaře, popř. telefonní spojení:

- **Urolog**
- **Diabetolog**
- **Kardiolog**
- **Internista**
- **Gynekolog**
- **Zubní lékař**
- **Psychiatr**
- **Jiné:**

Jiné údaje:**Služby jsme schopni poskytnout:**

- osobám, které trpí stařeckou demencí (Alzheimerova demence, vaskulární demence, apod.) a Parkinsonovou chorobou.
- osobám se sníženou soběstačností a které nemohou žít bezpečně ve svém prostředí
- osobám, které nejsou schopny si sami zajistit životní potřeby

Služby nejsme schopni poskytnout:

- osobám, které potřebují léčebnou péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- osobám, které mohou ohrožit, příp. ohrožují sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost
- osobám, jejichž chování by narušovalo kolektivní soužití, a to zejména z důvodu duševní nemoci, závažné mentální poruchy, závislosti na návykových látkách
- osobám, které z důvodu infekčního onemocnění nejsou schopny pobytu v zařízeních sociálních služeb

Prosíme přiložit výsledky vyšetření (viz. stránka č. 3). Bez této přílohy nebude žádost zpracována.

Dne: _____

razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o umístění do zařízení.

Přílohy:

- popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
- výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorní vyšetření.