



DOMOV PRO SENIORY A DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU  
MARIÁNSKÉ LÁZNĚ, příspěvková organizace

<b>Vyjádření lékaře k žádosti o poskytnutí sociální služby:</b>			
Žadatel:			
Jméno a příjmení, titul:			
Datum narození:	Místo a okres narození:	Rodinný stav:	
Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:	Státní příslušnost:	Telefonní číslo:	
Trvale bytem:			
Praktický lékař:	Adresa:	Telefon:	
<b>Služba, o kterou žadatel žádá:</b>			
Domov pro seniory (DS)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/>
Domov se zvláštním režimem (DZR)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/>
Odlehčovací služby (OS)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnóza číselná (česky):</b>			
a) Hlavní:			
b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy:			
Anamnéza (rodinná, osobní):			
Aktuální medikace:			
<b>Syndrom demence</b> Typ demence: Stupeň demence: Vždy vyplňte typ a stupeň syndromu demence, pokud je u žadatele diagnostikován! Popis projevů onemocnění:			
<b>Duševní stav</b> (orientace, myšlení, PMT, nálada, stres, deprese, úzkosti, bludy, spánek, příp. poruchy chování a další důležité údaje):			
Komunikace, řeč:			
Délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení:			



**DOMOV PRO SENIORY A DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU**  
**MARIÁNSKÉ LÁZNĚ, příspěvková organizace**

**Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?**

- ano                      Jaké?  
 ne

**Je v péči dalšího odborného lékaře?**

- ano                      Jakého?  
 ne

**Potřebuje lékařské ošetření trvale?**

- Trvale:**  ano  ne  
**Občas:**  ano  ne

**Je schopen chůze bez cizí pomoci:**  ano  ne

Používá kompenzační pomůcky:  hůl  francouzská hůl/hole  podpažní berle  
 invalidní vozík  chodítko

Je upoután trvale – převážně na lůžko  ano  ne

Je schopen polohy vsedě, v křesle  ano  ne

Je schopen sám se najíst, napít  ano  ne

**Sluch:**

- normální  nedoslýchá  zbytky sluchu  neslyšící  
Kompenzační pomůcka naslouchátko  ano  ne

**Zrak:**

- normální  zhoršené vidění  zbytky zraku  nevidomý

**Inkontinence:**

- žádná nebo částečná  částečná – žadatel se sám obslouží  částečná – žadatel potřebuje pomoc druhé osoby  
 plná  zavedený PMK  používá standardní WC

Používá WC křeslo u lůžka  ano  ne  s pomocí

S POMOČÍ Používá močovou lahev  ano  ne

Používá podložní mísu  ano  ne

Zavedena stomie  ano  ne

**Defekty kůže:**  ano  dekubity (stupeň, lokali)

- opruzeniny  
 jiné .....

ne

**Očkování proti virové hepatitidě B:**

- ano  ne

**Očkování proti covid – 19:**

- ano  ne

**Alergie:**  ano  ne      Jaké.....

**Dieta:**  ano  ne      Jaká.....

**Výška:**.....cm      **Váha:**.....kg

**Vyjádření lékaře dle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových služeb:**

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:  ano  ne

Je žadatel ve stavu akutní infekce:  ano  ne

Dne..... V .....

**Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:**