



Domov pro seniory Orlická a Azylový dům pro matky s dětmi
příspěvková organizace
Orlická 1, 400 11 Ústí nad Labem
Tel./fax: 472 774 230,
e-mail: info@orlicka.cz, www.orlicka.cz
IČ: 44 5552 70, č. ú.: 3783420207/0100

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE
O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA PRO SENIORY ORLICKÁ

(toto vyjádření je součástí přihlášky do domova pro seniory)

Prosíme o vypsání všech údajů – čitelně:

Jméno, příjmení žadatele:.....

(u žen, též rodné jméno)

Datum narození: **Zdravotní pojišťovna:**

Bydliště:

1. Anamnéza (osobní, pracovní):

2. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení o status localis):

3. Diagnóza (česky, DG hlavní i ostatní chorob. stavy, vč. statistické zn. hlavní choroby dle mezinárodního seznamu):

a. Hlavní -

b. Ostatní choroby, nebo chorobné stavy -

.....

c. Trvalá medikace -

.....

4. Duševní stav (demence, popř. projevy narušující kolektivní soužití) + předchozí hospitalizace v psychiatrické léčebně a poslední lékařská zpráva:

5. Je pod dohledem speciálního oddělení? (je vhodné připojit výsledky vyšetření):

6. Je zjištěn návyk na alkohol? ANO - NE

7. Projevy narušující kolektivní soužití? ANO - NE

8. Je orientovaný (čas, místo, prostor)? ANO - NE

9. Noční aktivita? ANO - NE

10. Je agresivní?

ANO - NE

- Pokud je žadatel agresivní, tak v jakých situacích:

.....

11. Jiné důležité údaje:

12. Alergie:

13. Očkování (jaké má žadatel platné očkování):

a. Tetanus (datum očkování) -

b. Pneumokok (datum očkování) -

c. Chřipka (datum očkování) -

Popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu. V případě bacilonosičství – výsledky vyšetření pokud je indikováno.

Najedení, napití	sám	s pomocí	
Oblékání	sám	s pomocí	
Osobní hygiena	sám	s pomocí	
Koupání	sám	s pomocí	
Použití WC	sám	s pomocí	
Chůze po schodech	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po rovině	sám	s pomocí	neprovede
Přesun lůžko, židle	sám	s pomocí	neprovede
Kontinence stolice	kontinentní	občas kontinentní	trvale inkontinentní
Kontinence moči	kontinentní	občas kontinentní	trvale inkontinentní

Přiznaný stupeň inkontinence:

Používané inko pomůcky (vločky, pleny, jiné):

Je schopen sám užívat léky (aplikace inzulínu apod.)?:

Dohled jiné osoby, v čem?:

.....

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti, je nutná zvláštní péče a jaká:

.....

Držitel průkazu: ZP ZTP ZTP/P

V Ústí nad Labem dne

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře