

Vyjádření lékaře
ke zdravotnímu stavu žadatele o umístění do pobytové odlehčovací služby

<i>Žadatel/ka</i>	
<u>Příjmení a jméno:</u>	<u>Datum narození:</u>
<u>Bydliště:</u>	
<u>Ošetřující lékař (jméno, příjmení, adresa ordinace, kontakt):</u>	
<u>Zdravotní pojišťovna:</u>	
<i>Vyplní praktický/ošetřující lékař</i>	
<u>Diagnóza:</u>	
<u>Objektivní nález:</u>	
<u>Dieta:</u>	
<u>Alergie:</u>	

Duševní stav (psychické poruchy, projevy narušující kolektivní soužití, alkoholismus, toxikomanie atp.):

Infekční a parazitární choroby (tuberkulóza, pohlavní choroby atp.):

Chronické rány (dekubity, bérkové vředy):

Smyslové a komunikační poruchy (vážné poruchy zraku, sluchu – afázie):

Soběstačnost při běžných denních úkonech:

☐ soběstačnost zcela ☐ soběstačnost omezeně, potřeba asistence

V jakých úkonech:

Chůze:

☐ bez pomoci; ☐ s pomocí druhé osoby; ☐ s pomůckou-holí/chodítkem/vozíkem

Inkontinence:

☐ občasná; ☐ v noci; ☐ trvale; ☐ není

Potřeba lékařské péče:

☐ trvale; ☐ občas; ☐ ne

Žadatel/ka je uživatelem domácí zdravotní ošetrovatelské služby?

☐ ne

☐ ano, název a kontakt

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele/ky nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetrování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

V.....dne.....

.....
jméno lékaře, podpis, telefon, razítko zařízení

Seznam a rozpis léků

(Vyplní praktický/ošetroující lékař)

Jméno a příjmení.....

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Název léku + dávka v mg	ráno	poledne	večer	noc

Nutný dohled při užívání léků:

- ☐ ANO
☐ NE

V dne:

podpis lékaře + (razítko lékaře)