

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ ODLEHČOVACÍ
SLUŽBY
V ODLEHČOVACÍM POBYTOVÉM A REHABILITAČNÍM CENTRU PRO SENIORY
ŽIVOT 90, Z. Ú.**

Žadatel/ka:

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Vyplní praktický/ošetřující lékař:

1. Diagnóza

2. Dieta

3. Alergie

Soběstačnost při běžných denních úkonech:

soběstačný zcela

soběstačný s asistencí

Chůze:

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

Inkontinence moči: občasná; v noci; trvale; není

Potřebuje lékařské ošetření

trvale

občas

Chronické rány (dekubity, bérkové vředy) :

NE

ANO - lokalizace a velikost.....

.....

.....

.....

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

NE

ANO, jaké oddělení ZZ

Potřebuje žadatel zvláštní péči?

NE

ANO, jakou?

Psychický stav (psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, resp. jeho chování může znemožňovat klidné soužití v kolektivu:

Trpí žadatel/ka níže uvedenými poruchami:

Infekční a parazitární choroby všech druhů a stadií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění

ANO

NE

Tuberkulóza

ANO

NE

Pohlavní choroby v akutním stadiu

ANO

NE

Chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování žadatele znemožňuje klidné soužití v kolektivu

ANO

NE

Smyslové a komunikační poruchy žadatele/ky:

závažná porucha zraku

ANO

NE

sluchu – komunikace (afázie)

ANO

NE

Je nějaká limitace pro poskytování rehabilitace žadateli/ce:

NE

ANO, jaká?.....

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál (např. sdělení o případné pozitivě u chron. hepatitid, event. jiný závažný nález) :

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele/ky nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování 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