Příloha č. 3

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**

# jako příloha žádosti o poskytnutí sociální pobytové služby v DS, DZR Residence Trnová

(toto vyjádření může být nahrazeno výpisem ze zdravotní dokumentace klienta, bude-li obsahovat informace minimálně v rozsahu níže specifikovaném)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno žadatele** | | |  | | | | |
| **Datum narození** | | |  | | | | |
| **Rodné číslo** | | |  | | | | |
| **Adresa trvalého bydliště** | | |  | | | | |
|  | | | | |
| **Zdravotní pojišťovna** | | |  | | | | |
| **Výška a váha žadatele** | | |  | | | | |
| **1. Anamnéza**  (rodinná, osobní, pracovní) | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **2. Objektivní nález** | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **3. Diagnóza** | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **4. Duševní stav**  (projevy narušující soužití v kolektivu) | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **5. Je žadatel pod dohledem specializovaného odborného pracoviště?** (psychiatrického, protialkoholního, neurologického, apod.) | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **6. Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu**  (přiložit výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno) | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **7. Očkování proti tetanu?** | | | ANO | | | Datum: | |
| NE | | | | |
| **8. Očkování proti pneumokokové nákaze?** | | | ANO | | | Datum: | |
| NE | | | | |
| **9. Očkování proti chřipce?** | | | ANO | | | Datum: | |
| NE | | | | |
| **10. Je u žadatele zjištěn návyk**  **na alkohol?** | | | ANO | | NE |  | |
| **11. Orientace**  (místem, časem, osobou) | | | ANO | | NE | ČÁSTEČNĚ | |
| **12. Potřebuje žadatel zvláštní péči? Jakou?** | | | ANO | | NE |  | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **13. Mobilita** | | | ANO | | NE |  | |
| **14. Inkontinence moči** | | | ANO | | NE |  | |
| **15. Inkontinence stolice** | | | ANO | | NE |  | |
| **16. Alergie**  **Jaké** (potraviny, léky, ...) | | | ANO | | NE |  | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **17. Diabetik** | | | ANO | | NE |  | |
| **18. Kardiostimulátor** | | | ANO | | NE |  | |
| **19. Umělá výživa** | | | ANO | | NE |  | |
| **20. Dieta** (jaká?) | | | ANO NE | | | | |
|  | | | | |
| **21. Intolerance na laktózu** | | | ANO NE | | | | |
| **22. Dekubity**  **ANO** stupeň:  Pokud ano, znázorněte na obrázku jejich umístění.  **NE** | | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | | | |
| **23. Chronické bolesti**  **ANO**  Pokud ano, znázorněte na obrázku jejich umístění.  **NE** | | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | | | |
| **24. Příjmení a jméno lékaře** | | |  | | | | |
| **25. Kontaktní adresa lékaře** | | |  | | | | |
|  | | | | |
| **26. Kontaktní telefon lékaře** | | |  | | | | |
| **Dne** | **Razítko** | | | | | **Podpis lékaře** | |