DOMOV SULICKÁ

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO ÚČELY VYHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU ŽADATELE O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU DOMOV PRO SENIORY

(*Nehodící se škrtněte)

ŽADATEL:	
Jméno, příjmení:	
Datum narození:	

ANAMNÉZA

DOPADY ZDRAVOTNÍHO STAVU NA MÍRU SOBĚSTAČNOSTI (konkrétní projevy diagnóz na funkční zdravotní stav)

LÉKOVÁ TERAPIE

DUŠEVNÍ STAV
Psychiatrická onemocnění? (Např.: porucha osobnosti, deprese, úzkosti, bludy, psychotické onemocnění), pokud ano, popište.

DIAGNÓZA
Hlavní diagnóza

Ostatní choroby
POTŘEBA SPECIALIZOVANÉ PÉČE **(výčet specializovaných pracovišť, které žadatel navštěvuje a jaké lékařské ošetření potřebuje)**
Psychiatrie Plicní Neurologie Diabetologie Kardiologie Další:
DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE O ZÁJEMCI
Datum posledního očkování: Pneumo 23 Vaxigrip TAT

Porucha příjmu potravy a tekutin	*ANO - NE
Alergie (jaká)	
Dieta (jaká)	
Inkontinence moči	*ANO - NE
Inkontinence stolice	*ANO - NE
PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE	
Dle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. kterou se provádění některá ustanovení Zákona o sociálních službách prohlašuji, že:	
Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.	*ANO - NE
Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.	*ANO - NE
Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.	*ANO - NE
Prohlašuji, že jsem uvedl/a pravdivé údaje a jsem si vědom/a, že v případě uvedení nepravdivých údajů může poskytovatel odstoupit od smlouvy o poskytování sociální služby, případně poskytování služby ukončit. V Praze dne:	
Jméno a příjmení lékaře:	Podpis a razítko: