Domov Domino

poskytovatel sociálních služeb

Zavidov 117, 270 35 Petrovice

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby

**DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

**KRIZOVÉ LŮŽKO**

Žadatel:………………………………………………………………………… příjmení jméno

Narozen:……………………………………………………………………………………….

den, měsíc, rok

bydliště:…………………………………………………………………………………………

ulice čp obec PSČ

**Anamnéza** (osobní):

**Objektivní nález:**

Zdravotní stav osoby **vyžaduje/ nevyžaduje**\* poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

**Duševní stav, závislosti (**popř. projevy narušující kolektivní soužití)**:**

**Souhrn diagnóz:**

## Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO – NE\*)

Je upoután trvale – převážně na lůžko ANO – NE\*)

Je schopen sám sebe obsloužit ANO – NE\*)

Pomočuje se: trvale ANO – NE\*)

občas ANO – NE\*)

v noci ANO – NE\*)

Potřebuje lékařské ošetření: trvale ANO – NE\*)

občas ANO – NE\*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ – např. plicního, neurologického, psychiatrického, resp. chirurgického a interního nebo diabetické poradny?

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

Další speciální údaje (např. HbsAg, TBC, jiné bacilonosičství):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Akutní infekční onemocnění:

Datum:

………………..……………………………………………………………………………….

razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

***Vzhledem k tomu, že jsou zde uváděny citlivé údaje, bude vyjádření lékaře předáno a uloženo u vedoucí zdravotního úseku.***

\*) nehodící se škrtněte