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** |