

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby

Příjmení, jméno, popř. titul

--

Datum narození

Zdravotní pojišťovna

--	--

Bydliště

Okres

Alergie

--

Diagnóza (doplňte statistickou značku podle MKN)

--

Osobní anamnéza

--

Očkování (uved'te datum)

<input type="checkbox"/> TAT	<input type="checkbox"/> Engerix B	<input type="checkbox"/> Prevenar	<input type="checkbox"/> jiné:
------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Objektivní nález (aktuální zdravotní stav, patologické nálezy při vyšetření, poruchy zraku, sluchu, řeči, poruchy kognitivních funkcí):

--

Medikace

--

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby

Dispenzarizace

<input type="checkbox"/> diabetologie	<input type="checkbox"/> kardiologie	<input type="checkbox"/> neurologie
<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> foniatrie	<input type="checkbox"/> psychiatrie
<input type="checkbox"/> ortopedie	<input type="checkbox"/> urologie	<input type="checkbox"/> pneumologie
<input type="checkbox"/> léčba bolesti	<input type="checkbox"/> onkologie	<input type="checkbox"/> jiné:

Duševní stav

<input type="checkbox"/> Alzheimerova demence	<input type="checkbox"/> demence při Parkinsonově onem.	<input type="checkbox"/> ostatní typy demence
<input type="checkbox"/> úzkost	<input type="checkbox"/> deprese	<input type="checkbox"/> jiné:

Vyplňte prosím následující údaje

Najedení, napití	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Oblékání	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Koupání	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Kontinence moči	<input type="checkbox"/> plně kontinentní	<input type="checkbox"/> občas kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní
Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> plně kontinentní	<input type="checkbox"/> občas kontinentní	<input type="checkbox"/> inkontinentní
Použití WC	<input type="checkbox"/> samostatně (WC	<input type="checkbox"/> samostatně (křeslo)	<input type="checkbox"/> neprovede
Přesun lůžko - židle	<input type="checkbox"/> chodící	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s RHB pomůckou, doprovodem	<input type="checkbox"/> neprovede
Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s RHB pomůckou, doprovodem	<input type="checkbox"/> neprovede

Jiné zvláštnosti

Děkujeme za Vaši ochotu v jednání.

V _____

Datum: _____

Podpis a razítko lékaře

Pozn.: K vyjádření lékaře o zdravotním stavu přiložte dostupné lékařské zprávy.