

Domov důchodců Černožice

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ: 00579017

telefon 495705211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby

(nedílná součást žádosti o poskytnutí sociální služby)

Jméno, příjmení:.....

Datum narození:.....

Bydliště:.....

Označte typ služby:

a) domov pro seniory

b) domov se zvláštním režimem

(určeno pro seniory s diagnostikovanou demencí)

1) ANAMNÉZA (osobní, rodinná, pracovní)

2) OBJEKTIVNÍ NÁLEZ

Domov důchodců Černožice

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ: 00579017

telefon 495705211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz**3) DIAGNÓZA**

a) Hlavní

b) Ostatní choroby

c) Očkování (TAT, PNEUMO)

4) DUŠEVNÍ STAV

- Je zjištěn návyk na alkohol či jiné omamné a psychotropní látky?
- Jsou patrné projevy narušující kolektivní soužití?
- Orientace místem, časem, osobou a situací?
- Jsou patrné projevy agresivity?

5) OSTATNÍ

Pohyblivost	SAMOSTATNĚ	S KOMPENZAČNÍ POMŮCKOU (včetně invalidního vozíku)	UPOUTÁN NA LŮŽKO
Kontinence moči	KONTINENTNÍ	OBČAS INKONTINENTNÍ	INKONTINENTNÍ
Kontinence stolice	KONTINENTNÍ	OBČAS INKONTINENTNÍ	INKONTINENTNÍ
Sluch	SLYŠÍ DOBŘE	SLYŠÍ HŮŘE	NESLYŠÍ
Zrak	VIDÍ DOBŘE (i s brýlemi)	VIDÍ ŠPATNĚ (i s brýlemi)	NEVIDÍ

Je pod dohledem specializovaného oddělení? (např. plicní, psychiatrické, neurologické, apod.)
ANO – jakého NE

V..... dne.....

.....

Razítko a podpis lékaře