



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI

a) DOMOV PRO SENIORY

b) ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

Jméno a příjmení žadatele: .....

Adresa: .....

Datum narození: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Celkové posouzení zdravotního stavu (bez diagnózy):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Inkontinence – druh pomůcek:

.....  
.....

Stav kůže:

.....  
.....

Očkování (pouze u žádosti do Domova pro seniory):

.....  
.....

## **Posouzení soběstačnosti**

### **Najedení, napití**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Oblékání, obouvání**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Koupání**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Osobní hygiena**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Přesun lůžko/židle**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Chůze po rovině**

Chodí sám bez kompenzačních pomůcek

Chodí s pomocí druhé osoby

Nechodí

Chodí s kompenzační pomůckou.....

Jiné.....

### **Chůze po schodech**

Sám    Neprovede    S pomocí.....

.....

### **Dorozumívání**

Mluví zřetelně    Nemluví    Mluví s obtížemi.....

.....

### **Sluch**

Slyší dobře    Neslyší    Slyší špatně.....

### **Zrak**

Vidí dobře(i s brýlemi)    Nevidí    Vidí špatně(i s brýlemi).....

### **Orientovanost**

**Místem**    Ano    Ne    Částečně.....

.....

**Časem**    Ano    Ne    Částečně.....

.....

