



## **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI**

**a) DOMOV PRO SENIORY**

**b) ODLEHČOVACÍ SLUŽBA**

Jméno a příjmení žadatele: .....

Datum narození:.....

Zdravotní pojišťovna: .....

Hlavní diagnózy:

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

Léčba:

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

Rozpis léků:

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

Inkontinence – druh pomůcek:

.....  
.....

Stav kůže:

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

### **Posouzení soběstačnosti**

#### **Najedení, napití**

Sám    Nprovede    S pomocí.....

.....

#### **Oblékání, obouvání**

Sám    Nprovede    S pomocí.....

.....

#### **Koupání**

Sám    Nprovede    S pomocí.....

.....

#### **Osobní hygiena**

Sám    Nprovede    S pomocí.....

.....

#### **Přesun lůžko/židle**

Sám    Nprovede    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    Nprovede    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.....

Osobou  Ano  Ne  Částečně.....

**Žadatel je, schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z hlediska bezinfekčnosti:**

Ano  Ne

**U žadatele se vyskytuje duševní porucha, která může vést k závažnému narušování kolektivního soužití**

Ano, velké riziko narušování  Ano, nízké riziko narušování  Ne

**Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení**

Ano  Ne

**Další důležitá sdělení:****Datum:****Jméno a podpis lékaře:**