

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby v Domově pro seniory  
Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb

<b>Příloha</b> k žádosti o poskytování sociální služby podávané dne: ( doplní pracovník zařízení )	<b>Rodné číslo žadatele:</b> <table border="1" data-bbox="1018 232 1398 297"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
<p><b>1. Žadatel:</b> ..... příjmení (popř. rodné příjmení) ..... křestní jméno .....</p> <p><b>narozen:</b> ..... den, měsíc, rok ..... místo ..... okres, stát .....</p> <p><b>bydliště:</b> ..... <b>telefon:</b> .....</p>													
<b>2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)</b>   													
<b>3. Jméno praktického lékaře:</b>	<b>Číslo zdrav. pojišťovny:</b>												
<b>4. Objektivní nález ( status praesens generalis v případě orgánového postižení i status localis)</b>          													
<b>5. Duševní stav (zejména projevy, které by mohly narušovat kolektivní soužití)</b>          													
<b>6. Diagnóza</b> a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy	<b>Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu</b>												

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci ? .....

Je upoután trvale – převážně na lůžko ? .....

Je schopen sám sebe obsloužit ? .....

Potřebuje lékařské ošetření trvale ? občas ?

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ ? např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

Uveďte jména lékařů specialistů, kteří mají žadatele v péči :

Potřebuje žadatel zvláštní péči? – jakou?

8. Jiné údaje:

a) Vyžaduje zdravotní stav žadatele hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?

b) trpí žadatel akutní infekční nemocí?

c) další informace

9. Přílohy: a) popis rtg.snímku plic.

v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu

b) výsledky vyšetření na bacilonosičství

c) podle potřeby

na návrh ošetřujícího lékaře nebo příslušného úřadu – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

nepřiložené proškrtnout

10. Podpis vyplňujícího lékaře:

.....  
dne

.....  
razítko zdravotnického zařízení

.....  
podpis lékaře

11. Vyjádření smluvního lékaře Domova o vhodnosti služby pro žadatele

dne:.....

podpis lékaře (jmenovka): .....