



O.S. „Člověk zpět k člověku“ provozovatel Domu domácí péče Samopše
IČO: 45770433, Na Folimance 2121/11, 120 00 Praha 2, telefon: 327321922, www.ddpsamopse.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE PRO UMÍSTĚNÍ DO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

1. Žadatel.....

Jméno, příjmení, event. rodné jméno, titul

2. Naroděn.....

Datum narození, rodné číslo

3. Bydliště.....

Název bydliště, směrovací číslo, pošta

4. Anamnéza

- osobní

- pracovní

5. Objektivní nález

6. Trpí žadatel závislostí na omamných látkách (alkohol, kouření, jiné látky – v %)

7. Diagnóza (česky) hlavní

- ostatní choroby nebo chorobné stavy

8. Další návrhy lékaře (psychiatrické vyšetření, neurologické, chirurgické, ortopedické, event. další), přílohy – výsledky dalších vyšetření

9. Informace o nutnosti pravidelných kontrol jiných odborných lékařů

10. Očkování proti tetanu (uved'te datum, event. datum přeočkování)

11. Jiná očkování (druh, datum)

12. Je schopen/a chůze	ano	ne*)
Je trvale upoután/a na lůžko	ano	ne*)
Je upoután/a převážně na lůžko	ano	ne*)
Sebekontrola a orientace	ano	ne*)
Používá kompenzační pomůcky (jaké)	ano	ne*)
Je inkontinentní	ano	ne*)

13. Je schopen (schopna) soužití v zařízení se zvláštním režimem?

Dne:.....

.....
podpis ošetřujícího lékaře

.....
razítko zdravotnického zařízení

*) nehodící se škrtněte

Pro potřeby Domu domácí péče v Samopších, platnost od 1.4.2013