



VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O
ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE
O POBYT V DOMOVĚ PRO
SENIORY KRČ



1. Zájemce

.....
příjmení

.....
jméno

narozen.....

bydliště:

2. Aktuální zdravotní stav

3. Osobní anamnéza

4. Léková terapie

5. Všechny lékařské diagnózy

6. Duševní stav (orientace, myšlení, psychiatrické poruchy – např. deprese, úzkosti, bludy).

7. Trpí žadatel demencí? Stupeň:	ANO NE	Typ demence: MMSE:		
8. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?	Ne Ano	Jaké		
9. Potřebuje lékařské ošetření				
	Trvale Občas	Ano Ano	Ne Ne	
Informace o nutnosti pravidelných kontrol jiných odborných lékařů:				
8. Je schopen chůze bez cizí pomoci	Ano	Ne		
9. Používá kompenzační pomůcky	Hole	Invalidní vozík	Chodítko	
10. Sluch	Normální	Nedoslychá	Zbytky sluchu	Neslyší
11. Zrak	Normální	Zhoršený	Zbytky zraku	Nevidomý
12. Je upoután na lůžko	Ne	Převážně	Ano	
13. Je schopen polohy v sedě	Ano	Ne	S oporou	
14. Je schopen sám se najíst	Ano	Ne	S pomocí	
15. Inkontinence	Ne	Trvale	Občas	V noci
Používá WC křeslo u lůžka	Ano	Ne		
16. Defekty kůže	Ne	Ano - jaké		
17. Očkování (TAT, PNEUMO, očkování proti sezónní chřipce)				
18. Jiné údaje				
V dne				
..... razítko a podpis vyšetřujícího lékaře				

- poplatky spojené s vyplněním formuláře Vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění
- v případě, že máte lékařské zprávy od odborných lékařů z poslední kontroly, hospitalizace apod., prosíme o jejich přiložení