

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

Zdravotní pojišťovna:

Rodné číslo žadatele:

1. Žadatel:

příjmení (rodné jméno)

jméno

titul

Narozen:

den, měsíc, rok

místo

Bydliště:

místo

ulice

číslo

okres

.....

pošta

směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status praesens localis)

4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

5. Diagnóza (česky):

a) hlavní

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

c) alergie

6. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti					
Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE	*)	
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko		ANO	NE	*)	
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE	*)	
Pomočuje se	trvale	ANO	NE	*)	
	občas	ANO	NE		
	v noci	ANO	NE		
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE	*)	
	občas	ANO	NE		
Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní, onkologické apod.		ANO	NE	*)	
Potřebuje zvláštní péči z důvodu demence, psychiatrického onem.		ANO	NE	*)	
Potřebuje stálou ošetrovatelskou péči		ANO	NE		
Jakou péči - popis:					
7. Jiné údaje:					
Uchazeč trpí stařeckou demencí		ANO	NE	*)	
Uchazeč má Alzheimerovu nemoc		ANO	NE	*)	
Uchazeč je závislý na návykových látkách nebo alkoholu		ANO	NE	*)	
Uchazeč je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu		ANO	NE	*)	
Uchazeč je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu		ANO	NE	*)	
Uchazeč potřebuje vyživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou		ANO	NE	*)	
Uchazeč vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení		ANO	NE	*)	
Uchazeč trpí psychiatrickým onemocněním		ANO	NE	*)	
Vyjádření lékaře před nástupem do zařízení nesmí být starší 6 měsíců.					
Vdne					
..... razítko a podpis registrujícího praktického lékaře					
8. Vyjádření lékaře zařízení o vhodnosti umístění žadatele do zařízení, byl-li o ně požádán:					
Vdne					
..... razítko a podpis lékaře zařízení					

*) nehodící se škrtněte