

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele k žádosti do odlehčovací služby, Na Neklaně 15, Praha 5

Jméno a příjmení:							
Zdravotní pojišťovna							
Datum narození:				Rodné číslo:			
Bydliště:							
Diagnózy (včetně čísel):							
Duševní stav							
Orientace žadatele:		☐ plně orientován	☐ částečně orientován	☐ dezorientován			
Akutní nebo chronické duševní onemocnění:		☐ ano	☐ ne	Jaké:			
Deprese:		☐ ano	☐ ne				
Úzkost:		☐ ano	☐ ne				
Projevy narušující kolektivní soužití:		☐ ano	☐ ne	Jaké:			
Inkontinence moči:		☐ ano	☐ ne	Inkontinentní pomůcky:			
Inkontinence stolice:		☐ ano	☐ ne				
Mobilita (chůze):				Kompenzační pomůcka:			
Samostatně		☐ ano	☐ ne	☐ hůl ☐ nízké chodítko ☐ vysoké chodítko ☐ invalidní vozík ☐ žádná			
S pomocí druhé osoby		☐ ano	☐ ne				
Imobilní (upoután na lůžko)		☐ ano	☐ ne				
Sluch:	☐ dobrý	☐ zhoršený	☐ neslyšící	Naslouchadlo: ☐ ano ☐ ne			
Zrak:	☐ dobrý	☐ zhoršený	☐ nevidí				
Osobní hygiena (koupání, mytí, oblékání, použití WC):							
☐ není schopen							
☐ provede sám							
☐ s pomocí druhé osoby							

Další důležité informace o zdravotním stavu žadatele: (léčba, režimová opatření, alergie, rizika chování, apod.):

Rozpis léků včetně dávkování

Vystavil (lékař):

Razítko a podpis:

Datum: