

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  
**o zdravotním stavu žadatele, žadatelky o umístění do**  
**DENNÍHO STACIONÁŘE Charitního domova sv. Zdislava**

Toto vyjádření slouží pro účely poskytování sociální služby denní stacionář a je nedílnou součástí žádosti. Všechny údaje, prosím, vyplňujte čitelně.

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo: ...../..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Anamnéza (osobní, rodinná, pracovní):

.....  
.....  
.....  
.....

Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

.....  
.....  
.....  
.....

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, jiné specifické projevy chování a další důležité údaje):

.....  
.....  
.....  
.....

Diagnóza (česky + statistická značka choroby podle mezinárodního seznamu):

a) hlavní

.....  
.....

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

.....  
.....  
.....  
.....

Je pod dohledem specializovaného oddělení zdravotnického zařízení  
např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického,  
chirurgického a interního, diabetické poradny)

ANO

NE

Datum posledního očkování:

ATA: .....

Vyšetření HBsAB, datum: ..... POZITIVNÍ NEGATIVNÍ

Vyšetření Anti + HBs, datum: ..... POZITIVNÍ NEGATIVNÍ

Popis RTG snímku plic, popř. hrudních orgánů (ne starší 1/2 roku): .....

Výsledky na baciolonosičství: .....

Údaje o současné medikaci (praktický lékař, odborný lékař), způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je schopen/schopna najíst se, napít se	sám	s pomocí	neprovede
Je schopen/schopna obléknout se	sám	s pomocí	neprovede
Je schopen/schopna použít WC	sám	s pomocí	neprovede
Je schopen/na chůze bez cizí pomoci	sám	s pomocí	neprovede
Je trvale-převážně upoután/na na lůžko	sám	s pomocí	neprovede
Je schopen/na sám/sama sebe obsloužit	sám	s pomocí	neprovede
Inkontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Inkontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní

Potřebuje lékařské ošetření trvale	ANO	NE
občas	ANO	NE

Potřebuje zvláštní péči - jakou: .....

.....  
.....

Je schopen/na užívat sám/a léky (aplikace inzulínu apod.) ANO NE

Doporučená dieta: ANO NE Jaká:

Alergie: ANO NE Jaká:

Používá-li kompenzační a speciální pomůcky (např. brýle, naslouchadlo, zubní protéza, hůl, berle, chodítka, ortézy, invalidní vozík), uveďte jaké:

.....  
.....  
.....

Jiné doplňující údaje

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dne .....

.....

Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře