

**Vyjádření lékaře
o zdravotním stavu žadatele/ky
o umístění do Domova pro seniory Zastávka, příspěvková organizace**

Adresa: Sportovní 432, Zastávka u Brna, 664 84

Poskytované služby: Domov pro seniory
Domov se zvláštním režimem

Rodné číslo žadatele/ky

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zdravotní pojišťovna

1. **Žadatel/ka**
jméno a příjmení (popřípadě rodné příjmení)

2. **Narozen/a**
den, měsíc, rok místo

3. **Bydliště**
město, ulice, okres PSČ

4. **Diagnóza (česky):** Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

5. **Objektivní nález** (aktuální zdravotní potíže, patologické nálezy při vyšetření, poruchy zraku, sluchu, řeči, alergie, poruchy kognitivních funkcí):

7. **Duševní stav** – syndrom demence:

Výsledek testu MMSE (pokud je k dispozici): _____

- Alzheimerova demence
- Demence spojená s Parkinsonovou chorobou
- Ostatní typy demencí
- Deprese

- Žadatel/ka je orientovaný/á, své potřeby a přání vyjadřuje sám/a
- Žadatel/ka je částečně orientovaný/á
- Žadatel není orientovaný/á potřeby a přání zjištěny od rodiny

Schopnost právně jednat ano ne
Žadatel/ka je v péči psychiatra ano ne
Žadatel/ka je schopen/na vlastnoručně se podepsat ano ne

Je pod dohledem specializovaného oddělení

- a) neurologické ano ne
- b) onkologické ano ne
- c) ortopedické ano ne
- d) interní ano ne
- e) diabetické ano ne
- f) cévní ano ne
- g) plicní ano ne
- h) jiné odd. _____

Očkování proti tetanu: _____

Očkování proti pneumokokovým nákazám: _____

Vyžaduje zvláštní péči ano ne

Pokud ano, jaký druh péče _____

9. Jiné údaje, které považujete za důležité nám sdělit

Vyplňte následující údaje v tabulce.

Schopen/na chůze ¹⁾	ano, bez omezení <input type="checkbox"/>	ano, na krátké vzdálenosti <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby nebo s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/>	upoután/a na lůžko <input type="checkbox"/>
Schopen/na dbát o osobní hygienu ¹⁾	samostatně <input type="checkbox"/>	provede na pokyn <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/>	neprovede vůbec <input type="checkbox"/>
Schopen/a se dorozumět ¹⁾	ano <input type="checkbox"/>	s obtížemi <input type="checkbox"/>	není schopen(a) <input type="checkbox"/>	
Schopen/na konzumace jídla ¹⁾	ano <input type="checkbox"/>	s dopomocí <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
Inkontinence ¹⁾	žádná <input type="checkbox"/>	občasná inkontinence moči <input type="checkbox"/>	inkontinence moči a stolice <input type="checkbox"/>	
Užívání léků ¹⁾	samostatně <input type="checkbox"/>	jsou-li připraveny <input type="checkbox"/>	musí být podány druhou osobou <input type="checkbox"/>	
Orientace v prostoru ¹⁾	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Orientace v čase ¹⁾	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Spánek ¹⁾	dobry <input type="checkbox"/>	přerušovaný <input type="checkbox"/>	s použitím hypnotik (léky na spaní) <input type="checkbox"/>	

V dne

.....
jméno, razítko a podpis lékaře

¹⁾ V rámečku udělejte křížek u jedné z variant.