

**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/**Covid-19**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 <sup>1)</sup>	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 <sup>1)</sup>	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 <sup>1)</sup>	ano <input type="checkbox"/>	s obtížemi <input type="checkbox"/>	není schopen(a) <input type="checkbox"/>	
Schopen/na konzumace jídla <sup>1)</sup>	ano <input type="checkbox"/>	s dopomocí <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
Inkontinence <sup>1)</sup>	žádná <input type="checkbox"/>	občasná inkontinence moči <input type="checkbox"/>	inkontinence moči a stolice <input type="checkbox"/>	
Užívání léků <sup>1)</sup>	samostatně <input type="checkbox"/>	jsou-li připraveny <input type="checkbox"/>	musí být podány druhou osobou <input type="checkbox"/>	
Orientace v prostoru <sup>1)</sup>	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Orientace v čase <sup>1)</sup>	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Spánek <sup>1)</sup>	dobry <input type="checkbox"/>	přerušovaný <input type="checkbox"/>	s použitím hypnotik (léky na spaní) <input type="checkbox"/>	

V ..... dne .....  
jméno a razítko ošetřujícího lékaře.

<sup>1)</sup> V rámečku udělejte křížek u jedné z variant.