**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu žadatele o umístění do**

**Domova pro seniory Kostelec na Hané**

|  |
| --- |
| 1. **ŽADATEL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **příjmení jméno rodné příjmení** |
| 1. **NAROZEN**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **den, měsíc, rok místo okres** |
| 1. **BYDLIŠTĚ**

 **město, ulice, č.p., PSČ** |
| 1. **ANAMNÉZA (rodinná, osobní)**
 |
| 1. **OBJEKTIVNÍ NÁLEZ**
 |
| 1. **DUŠEVNÍ NÁLEZ (popř. projevy narušující kolektivní soužití)**
 |
| 1. **DIAGNÓZA**

 **a) hlavní** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **b) ostatní choroby nebo chorobné stavy** |
| 1. **SEBEOBSLUHA**

**Je upoután trvale/převážně na lůžko** **Je schopen vstávat z lůžka, uléhání, změnit polohu** **Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby** **Je schopen chůze s pomocí - hole** **- berle jedné – dvou** **- francouzské hole jedné – dvou** **- chodítka** **- s dopomocí****Pohybuje se na invalidním vozíku** **Je schopen sám - jíst** * **provést osobní hygienu**
* **koupat se**
* **komunikovat**
* **obléci se/ obout se**
* **sedět**
* **orientovat se v přirozeném prostředí**
* **orientovat se v čase**
* **pečovat o vlasy a nehty**
* **využívat informační zdroje a dostupné služby**
* **navazovat kontakt, komunikaci s jinou osobou**
* **uplatňovat svá práva a zájmy**
* **psát**

**Pomočuje se - trvale** * **občas**
* **v noci**

**Potřebuje lékařskou péči - občas**  **- trvale**  | **ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE****ANO NE** |
| **Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Potřebuje zvláštní péči – jakou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. **JINÉ ÚDAJE**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **dne podpis ošetřujícího lékaře** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **razítko ZZ** |