**Vyjádření lékaře**

**o zdravotním stavu k žádosti o poskytnutí služby sociální péče**

 **V DOMOVĚ PRO SENIORY**

*Domov Slunovrat, Ostrava-Přívoz, příspěvková organizace se sídlem Na Mlýnici 203/5, Ostrava-Přívoz, PSČ 702 00*

 **1. Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno | příjmení |
| datum narození | místo narození |
| adresa |
| zdravotní pojišťovna | praktický lékař |

|  |
| --- |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní) |
| **3. Objektivní nález** (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis) |
| **4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití) |
| **5. Diagnóza** (česky, včetně statistické značky hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)a) hlavníb) ostatní choroby nebo chorobné stavy |
| **6. Přílohy**1. popis **rtg plic**, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu;
2. výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno;
3. podle potřeby – na návrh ústavního lékaře – výsledky vyšetření neurologického, **psychiatrického**, **ortopedického** resp. chirurgického, interního a laboratorní vyšetření

***Odborné nálezy nesmí být starší 2 měsíců.******U bércových vředů a dekubitů nesmí být vyšetření starší 1 měsíce.*** |
| **7.** Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci? | 🞏 ANO 🞏 NE  |
| Je žadatel upoután na lůžko? | 🞏 TRVALE 🞏 PŘEVÁŽNĚ 🞏 NENÍ  |
| Je žadatel schopen sám sebe obsloužit? | 🞏 ANO 🞏NE  |
| Inkontinence moči  | 🞏 TRVALE 🞏 OBČAS 🞏NE 🞏 V NOCI  |
| Inkontinence stolice | 🞏TRVALE 🞏 OBČAS 🞏NE |
| Potřebuje žadatel lékařské ošetření? | 🞏TRVALE 🞏 OBČAS 🞏NE |
| Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, diabetické poradny, protialkoholní poradny … apod.(pokud ano konkretizujte tento dohled) | 🞏ANO 🞏NE  |
| Potřebuje žadatel zvláštní péči?(pokud ano, konkretizujte, o jakou se jedná) | 🞏 ANO 🞏 NE  |
| Jakou dietu žadatel potřebuje? |  |

|  |
| --- |
| **8. Jiné údaje** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dne** | **podpis lékaře (jmenovka)** |