**Vyjádření lékaře**

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

**V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

*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) hlavní  b) 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)** |