**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU**

**ZÁJEMCE O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

příloha k ŽÁDOSTI

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Jméno a příjmení:** | |
| **2. Datum narození:** | |
| **3. Zdravotní pojišťovna:** | |
| **4. Trvalé bydliště:** | |
| **5. Kontakt na ošetřujícího lékaře:** | |
| **6. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní): | |
| **7. Diagnóza** (česky):   * hlavní        * ostatní choroby nebo chorobné stavy | |
| **8. Objektivní nález:**  (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status praesens localis) | |
| **9. Diabetes mellitus:\* a)** ne **b)** na dietě **c)** PAD **d)** inzulinoterapie |
| **10. Maligní onemocnění:**  Terminální stadium:\* **a)** ano **b)** ne |
| **11. Demence:\*****a)** ne **b)** lehká **c)** střední **d)** těžká |
| **12. Alzheimerova demence:\***  **a)** ne **b)** lehká **c)** střední **d)** těžká |
| **13. Nutná péče o permanentní katetr, kolostomii –** *zaškrtněte* |
| **14. Dispenzarizace:\* a) diabetologie b) kardiologie c) urologie**    **d) gastroenterologie e) psychiatrie f) kožní g) hemodialýza**  **h) jiné…**  **(doložení výpisem z karty)** |
| **15. Psychický stav:\* a)** orientovaný **b)** desorientace – 1. částečná, 2. úplná  **c)** depresivní stavy **d)** abusus alkoholu **e)** jiná závislost |
| **16. Popis RTG plic – ne starší 1 roku:** |
| **17. Aplikace TAT + jiná očkování (kdy naposledy):** |
| **18. Slepota:\*****a)**ne **b)** zhoršené vidění **c)** zbytky zraku **d)** nevidí |
| **19. Hluchota:\*** **a)** ne **b)** nedoslýchá **c)** zbytky sluchu **d)** neslyší |
| **20. Inkontinence:***\**  **Moče** **a)** ne **b)** částečná **c)** úplná  **Stolice a)** ne **b)** částečná **c)** úplná |
| 1. **Chůze:\* a)** samostatná **b)** s pomocí druhé osoby **c)** s pomocí pomůcek 2. **Pohyb na vozíku:\*** **a)** samostatný **b)** s pomocí 3. **Sedící na lůžku**:\* **a)** samostatně **b)** s oporou 4. **Ležící:\*** **a)** trvale **b)** s pohybem c) bez pohybu |
| **25. Sebeobslužnost**:\* **a)** úplná **b)** částečná **c)** s pomocí druhé osoby **Potřebuje zvláštní péči** – jakou: |
| **26. Schopen (a) kolektivního soužití:\*** **a)** ano **b)** ne |
| **27. Poznámky:** |

……………………… …………………………………………………..

**Dne** **Podpis a razítko ošetřujícího lékaře**