

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k pobytu v Domově se zvláštním režimem Pohoda, Dolní Domaslavice 249, 739 38 Dolní Domaslavice
příloha žádosti

1. Žadatel			
..... příjmení (u žen též rodné příjmení)	 jméno	
narozen	R.Č. místo	
den, měsíc, rok			
bydliště:			
ulice		číslo	místo PSČ, pošta
2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
3. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
4. Trpí žadatel demencí? ANO			
Typ demence:		Stupeň:	
NE			
5. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?			
ANO		Jaké	
NE			
6. Potřebuje lékařské ošetření			
trvale		ANO	NE
občas		ANO	NE

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci				ANO	NE
Používá kompenzační pomůcky:	hole	invalidní vozík	chodítko		
Sluch:	normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší	
Zrak:	normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý	
Je upoután trvale – převážně *	na lůžko			ANO	NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle				ANO	NE
Je schopen sám se najíst, napít				ANO	NE
Inkontinence	trvale			ANO	NE
	občas			ANO	NE
	v noci			ANO	NE
Používá WC křeslo u lůžka				ANO	NE
Defekty kůže:	ANO	dekubity (stupeň, lokalizace)			
		opruzeniny			
		jiné			
	NE				
10. Jiné údaje:					
Dne			V		
			razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)		

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.