

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA DŮCHODCŮ JINDŘICHOVICE POD SMRKEM

Žadatel(ka):

příjmení & jméno (v případě odlišného rodného jména, uveďte)

narozen(a):

den, měsíc, rok & místo

bydliště:

obec, ulice, číslo popisné

okres, pošta, PSČ

zdravotní pojišťovna:

název, číslo pojišťovny

Anamnéza:

rodinná, osobní, pracovní

Objektivní nález:

status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

Diagnóza:

česky

statistická značka hl. choroby

a) hlavní:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA DŮCHODCŮ JINDŘICHOVICE POD SMRKEM

Duševní stav:

(popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Dohled speciálního oddělení	ANO	jaké:
	NE	
Návyk na alkohol	ANO	
	NE	
Orientovaný (časem, místem, prostorem)	ANO	
	NE	
Agresivita	ANO	
	NE	
Noční aktivita	ANO	
	NE	

Kompenzační pomůcky:

Kontinence:

kontinentní
občas inkontinentní
trvale inkontinentní

Pomůcky:

vložky
vložené pleny
kalhotky
žádné

Poslední datum vysání inkontinentních pomůcek:

Schopnost užívat sám léky:

Dohled jiné osoby:

v čem?

Datum:

podpis ošetřujícího lékaře
(jmenovka, razítko)