|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**  jako příloha žádosti o poskytnutí sociální pobytové služby v Domově se zvláštním režimem Kazdův Dvůr  (toto vyjádření možno nahradit výpisem ze zdravotní dokumentace pacienta, pokud bude obsahovat informace minimálně v rozsahu specifikovaném níže) |

**PŘÍLOHA 1** ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

|  |  |
| --- | --- |
| **Příjmení a jméno žadatele** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Číslo pojištěnce** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PSČ** |  |  |  |  |  | |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Výška a váha žadatele** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Anamnéza**   (rodinná, osobní, pracovní) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Objektivní nález** | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Diagnóza** | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Duševní stav**   (projevy narušující soužití v kolektivu) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Je žadatel pod dohledem specializovaného odborného pracoviště?** (psychiatrického, protialkoholního, neurologického, apod.) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu**   (přiložit výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Očkování proti tetanu?** | | ANO | Datum: | |
| NE | | |
| 1. **Očkování proti pneumokokové nákaze?** | | ANO | Datum: | |
| NE | | |
| 1. **Očkování proti chřipce?** | | ANO | Datum: | |
| NE | | |
| 1. **Očkování proti COVID-19?** | | ANO | Datum aplikace poslední dávky:**[[1]](#footnote-1)** | |
| NE |  | |
| 1. **Onemocnění COVID-19?** | | ANO | Datum zjištění pozitivity:**[[2]](#footnote-2)** | |
| NE |  | |
| 1. **Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol?** | | ANO  NE | | |
| 1. **Orientace**   (místem, časem, osobou) | | ANO  NE  ČÁSTEČNĚ | | |
| 1. **Potřebuje žadatel zvláštní péči? Jakou?** | | ANO  NE | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Mobilita** | | ANO  NE | | |
| 1. **Inkontinence moči** | | ANO  NE | | |
| 1. **Inkontinence stolice** | | ANO  NE | | |
| 1. **Alergie**   **Jaké** (potraviny, léky, ...) | | ANO  NE | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Diabetik** | | ANO  NE | | |
| 1. **Kardiostimulátor** | | ANO  NE | | |
| 1. **Umělá výživa** | | ANO  NE | | |
| 1. **Dieta** (jaká?) | | ANO  NE | | |
|  | | |
| 1. **Intolerance na laktózu** | | ANO  NE | | |
| 1. **Dekubity**   ano  stupeň:  Pokud ano, znázorněte na obrázku jejich umístění.  ne | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | |
| 1. **Chronické bolesti**   ano  Pokud ano, znázorněte na obrázku jejich umístění.  ne | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | |
| 1. **Příjmení a jméno lékaře** | |  | | |
| 1. **Kontaktní adresa lékaře** | |  | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PSČ** |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Kontaktní telefon lékaře** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **Dne** | **Razítko** | | | **Podpis lékaře** |
|  |  | | |  |

1. Přiložit kopii certifikátu o provedeném očkování [↑](#footnote-ref-1)
2. Přiložit kopii laboratorně potvrzeného onemocnění COVID-19 [↑](#footnote-ref-2)