|  |
| --- |
| **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**

[ ]  anostupeň: Pokud ano, znázorněte na obrázku jejich umístění.[ ]  ne | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg |
| 1. **Chronické bolesti**

[ ]  anoPokud 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)