|  |
| --- |
| **Ärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand des Antragstellers**  als Beilage des Antrages über die Sozialunterkunftsleistung im Seniorenheim Kazdův Dvůr  (Diese Erklärung kann durch einen Auszug aus der Krankenakte des Patienten ersetzt werden, wenn es zumindest Informationen im unten angegebenen Masse erhaltet) |

**BEILAGE 1** DES ANTRAGES FÜR DIE BEREITSTELLUNG VON SOZIALEN DIENSTEN:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname und Name** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Wohnsitz** |  |
|  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Kranken**  **Versicherungsnummer** |  |
| **Gewicht, Größe** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Anamnese**   (familien-, persönlichen, arbeits-) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Objektiver Befund** | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Diagnosen** | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Geisteszustand**   (Äuβerungen, die das Zusammenleben in einer Gruppe stören) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Ist der Antragsteller unter Aufsicht eines professionellen Arbeitsplatzes?** (Psychiatrischer, Entzugsanstalt, neurologischer, usw.) | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Wird der Antragsteller wegen Infektionskrankheiten oder wegen parasitären Erkrankungen überwacht?**   **(TBC, MRSA, MRGN, Hepatitis, Salmonellen, Herpes Zoster, Tuberkulose, Syphilis),**  Bei positiver Indikation, bitte Testergebnisse beilegen | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Impfung gegen Tetanus** | | JA | | Datum: |
| NEIN | | |
| 1. **Impfung gegen Pneumokokken** | | JA | | Datum: |
| NEIN | | |
| 1. **Impfung gegen Grippe** | | JA | | Datum: |
| NEIN | | |
| 1. **Impfung gegen COVID- 19** | | JA | | Datum der Applikation der letzten Dosis:**[[1]](#footnote-1)** |
| NEIN | |  |
| 1. **Erkrankung COVID-19** | | JA | | Datum der Feststellung der Positivität: **[[2]](#footnote-2)** |
| NEIN | |  |
| 1. **Wurde bei dem Antragsteller eine Alkoholabhängigkeit festgestellt?** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Ist der Antragsteller orientiert?**   (Ort, Zeit, Person) | | JA  NEIN  TEILWEISE | | |
| 1. **Braucht der Antragsteller besondere Pflege? Welche?** | | JA  NEIN | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Mobilität** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Harninkontinenz** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Stuhlinkontinenz** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Allergie**   **Auf was** (Lebensmittel, Insektenstiche, Medikamente, ...) | | JA  NEIN | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Diabetes** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Herzschrittmacher** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Künstliche Ernährung** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Vom Arzt bestimmte Diät** (spezifizieren) | | JA  NEIN | | |
|  | | |
| 1. **Laktose – Intoleranz** | | JA  NEIN | | |
| 1. **Dekubitus**   ja  Grad:  Wenn ja, bitte ankreuzen  nein | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | |
| 1. **Chronische Schmerzen**   ja  Wenn ja, bitte ankreuzen  nein | | C:\DOČASNÉ\Denní zápisy\Webové stránky D\NMB-004_437.jpg | | |
| 1. **Nachname und Name des Arztes** | |  | | |
| 1. **Kontakt Adresse des Arztes** | |  | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PLZ** |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Kontakt Telefon des Arztes** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **Am** | **Stempel** | | **Unterschrift des Arztes** | |
|  |  | |  | |

1. Kopie der Impfbescheinigung beifügen [↑](#footnote-ref-1)
2. Schriftliche Kopie der im Labor bestätigten Positivität der COVID-19-Krankheit beifügen [↑](#footnote-ref-2)