

VYJÁDŘENÍ VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ



Príspevková organizace
Moravskoslezského kraje



Adresa: č. p. 1, 747 68 Kyjovice

Telefon: 553 778 026, 734 265 832

E-mail: socialni@domov-kyjovice.cz

DOMOV NA ZÁMKU
Kyjovice

Jméno a příjmení

žadatele/žadatelky.....

Datum narození.....

Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

Diagnózy:

Statistická značka choroby:

Duševní stav, kognitivní deficit:

Soběstačnost (odpovídající zaškrtněte):			
Schopnost samostatné chůze bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	vzdálenost
Schopnost chůze s cizí pomocí	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	vzdálenost
Je upoután trvale na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Vyžaduje z dlouhodobého hlediska zdravotní stav žadatele/žadatelky celodenní péči?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Schopnost samostatného jednání (odpovídající zaškrtněte):			
Schopnost samostatného rozhodování	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Schopnost pochopení psaného slova	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Schopnost pochopení mluveného slova	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Schopnost samostatného podpisu	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Doplňující informace (odpovídající zaškrtněte):			
Vyžaduje zdravotní stav žadatele/žadatelky hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Trpí akutní infekční nemocí?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Narušuje chování zájemce z důvodu duševní poruchy kolektivní soužití?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Je závislý/á na návykových látkách?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	jakých.....
Inkontinence	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	stupeň.....
Dietní opatření		
Alergie (léková, potravinová)		
		

Dne

Razítko a podpis lékaře:

--