|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  o zdravotním stavu  žadatele o přijetí do domova sociálních služeb |  | |  |
|  |  | | rodné číslo žadatele: |
| Domov sociálních služeb Chotělice |  | |  |
| Chráněné bydlení Jičín |  | |  |
| Nedílná součást žádosti |  | |  |
| 1. Žadatel: ………………………………………………………………………………………………………..................  příjmení (popř. rodné příjmení) jméno  narozen: ………………………………………… místo: ……………………………………………………………….    bytem: ulice……………………………………………………………………… číslo popisné……………………….  pošta…………………………………………………………………….. směrovací číslo……………………. | | | |
| 2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): | | | |
| 3. Objektivní nález: | | | |
| 4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): | | | |
| 5. Diagnóza (česky včetně označení dle MKN 10):  a) hlavní  b) ostatní choroby nebo chorobné stavy | | | |
| 6. Je schopen chůze bez cizí pomoci | | ANO NE\*) | | |
|  | |  | | |
| Je upoután trvale – převážně\*) na lůžko | | ANO NE\*) | | |
|  | |  | | |
| Je schopen sám sebe obsloužit | | ANO NE\*) | | |
|  | |  | | |
| Pomočuje se trvale | | ANO NE\*) | | |
| občas | | ANO NE\*) | | |
| v noci | | ANO NE\*) | | |
|  | |  | | |
| Potřebuje lékařské ošetření trvale | | ANO NE\*) | | |
| občas | | ANO NE\*) | | |
|  | |  | | |
| Je pod dohledem specializovaného oddělení | | ANO NE\*) | | |
| např. plicního, neurologického, psychiatrického | |  | | |
| ortopedického, resp. chirurgického a interního, | |  | | |
| poradny diabetické, protialkoholní apod.\*) | |  | | |
|  | |  | | |
| Potřebuje zvláštní péči – jakou: | |  | | |
| 7. Jiné údaje:  Dne | | podpis ošetřujícího lékaře  (jmenovka)  razítko | | |
| 8. Vyjádření posudkového lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova sociálních služeb Chotělice:  Dne podpis  (jmenovka)  razítko | | | | |

\*) Nehodící se, škrtněte