



www.pdss.cz

Podkrušnohorské domovy sociálních služeb

Dubí - Teplice, příspěvková organizace

Na Výšině 494, 417 01 Dubí

Tel. 417 571 102

IČO 63787849

pdss@pdss.cz

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ke zdravotnímu stavu žadatele o přijetí

Příjmení: _____ Jméno: _____

Rodné příjmení: _____ Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa ošetřujícího lékaře: _____
Příjmení a jméno lékaře, adresa zdravotnického zařízení, kde je žadatel zaregistrován

Zdravotní pojišťovna: _____ Měsíc a rok registrace: _____
Název a kód zdravotní pojišťovny

VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Anamnéza:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Diagnózy:

Statistická značka

a - hlavní

b - ostatní

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení: (pokud ANO, vyplňte prosím KDE)

Plicní

Interna

Diabetologie

Ortopedie

Oční

Chirurgie

Psychiatrie

Hematologie

Neurologie

Alkoholicko-toxikologická poradna

Žadatel trpí těmito chorobami: Tuberkulóza ANO - NE

Psychóza a psychické poruchy ANO - NE

Chronický alkoholismus				ANO - NE						
Toxikománie				ANO - NE						
Soběstačnost: (zakroužkujte prosím variantu odpovídající skutečnosti)										
Orientace:		osobou			místem			časem		
		plně	částečně	není	plně	částečně	není	plně	částečně	není
Chůze:	Sám	S pomocí kompenzačních pomůcek - (podtrhněte)			Hůl Berle Rolátor Chodítko Invalidní vozík			Nechodí (trvale upoután na lůžko)		
Inkontinence:		Moč						Stolice		
Stupeň:		I.	II.	III.	I.	II.	III.			
Závislost na pomoci druhé osoby:										
nezávislý na pomoci		lehká		středně těžká		těžká		úplná		
Komunikace:		dobrá		horší		špatná		nekomunikuje		
Zrak:		vidí dobře		vidí hůře		velmi málo		nevidí		
Sluch:		slyší dobře		nedoslychá		velmi málo		neslyší		
Spolupráce:		dobrá		horší		špatná		nespolupracuje		
Žadatel: kouří – nekouří, pije – nepije kávu, pije – nepije alkohol, jiná závislost: _____										
Potřeba pomoci:										
- oblékání a svlékání		ANO – NE		- ranní a večerní toaleta		ANO – NE				
- přesun na lůžko		ANO – NE		- použití WC		ANO – NE				
- přesun na invalidní vozík		ANO - NE		- koupání, sprchování		ANO – NE				
- změna polohy na lůžku		ANO – NE		- péče o vlasy, holení		ANO – NE				
- prostorová orientace		ANO – NE		- chůze s dopomocí		ANO – NE				
V případě onemocnění hrudních orgánů, musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře:										
- plicní nemoci a TBC (popis rentgenového snímku plic, lékařská zpráva, doporučení)										
Datum posledního očkování: Tetanus _____ Pneumo 23 _____ Jiné _____										
Alergie: ANO – NE , na co: _____										
Aktuálně užívané léky a jejich dávkování: _____										
Od 01. 01. 2007 uzavírají žadatelé s poskytovatelem – Smlouvu o poskytnutí služeb sociální péče										
Je žadatel schopen jednat o smlouvě, porozumět obsahu smlouvy?						ANO - NE				
Je žadatel schopen podpisu smlouvy?						ANO - NE				
Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro obecní úřad s rozšířenou působností, který bude za klienta smlouvu podle § 91, odst. 6, zákona 108/2006 Sb., s poskytovatelem sociální péče uzavírat.										
V _____ dne _____										
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře										
Vyjádření lékaře zařízení sociální péče:										
V _____ dne _____										
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře										