

**Potvrzení lékaře o zdravotním stavu
žadatele o odlehčovací pobytovou sociální službu**
Doklad k žádosti o službu, o kterou žádá v termínu:.....

Základní údaje

Jméno a příjmení žadatele

Datum narození a rodné číslo

Adresa, na které se zdržuje:

Zdravotní pojišťovna:

Anamnéza

RA:

OA:

Objektivní nález

Celkový stav , druhy postižení

Duševní stav a projevy narušující soužití

Duševní stav **vylučuje – nevylučuje** pobyt v samostatném pokoji bez nepřetržitého dohledu –
zakroužkujte vybranou možnost.

Diagnóza

hlavní :

přidružené choroby :

Očkování

TAT:

Jiná důležitá pro pobyt:

Dohled specialistů

Přílohy: Výsledky vyšetření , které mají vliv na ošetrovatelskou péči po dobu pobytu

Mobilita, sebeobsluha, stravování, kontinence

Stav chůze: zakroužkujte zvolenou možnost

sám, s holí, francouzské hole, chodítko, vysoké chodítko, vozík, imobilní trvale na lůžku

Sebeobsluha: zakroužkujte zvolenou možnost

základní hygiena sám, s dohledem, celková péče

Příjem potravy:

nemá žádná omezení, dieta č:....., speciální úprava stravy uveďte:

Kontinence – zakroužkujte zvolenou možnost

kontinentní, pomůcky jen v noci, pomůcky přes den , pomůcky trvale
inkontinence moči , stolice

Jiná důležitá sdělení :

Údaje o ošetřujícím lékaři

Jméno a příjmení:

Adresa ordinace:

Telefonické spojení

Ordinační hodiny:

Prohlášení ošetřujícího lékaře

Svým podpisem potvrzuji spolupráci s ošetrovatelským personálem Domova pro seniory Marie po dobu pobytu na odlehčovací službě osoby, pro kterou je toto potvrzení vydáváno

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře: