

**Potvrzení lékaře o zdravotním stavu
žadatele o umístění do Domova pro seniory Marie/o poskytnutí odlehčovací
pobytové služby**

Základní údaje

Jméno a příjmení žadatele:

Rodné příjmení žadatele:

Datum narození a rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště:

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 ošetrojícím lékaři

Jméno a příjmení:

Adresa ordinace:

Telefonické spojení:

Ordinační hodiny:

Prohlášení ošetrojícího lékaře

Svým podpisem potvrzuji spolupráci s ošetrovatelským personálem Domova pro seniory Marie pro dobu, po kterou bude osoba v mé registraci

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře: