



Vyplňuje DPS Bohuslavice:

Datum doručení:



Charita Konice
Zahradní 690
798 52 Konice

Dům pokojného stáří Bohuslavice
Bohuslavice E9
798 56 Bohuslavice
582 383 505
dps.bohuslavice@konice.charita.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele k umístění do Domu pokojného stáří Bohuslavice

1. Žadatel
jméno příjmení zdravotní pojišťovna

narozen
den, měsíc, rok

trvalé bydliště

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, *psychické poruchy, orientace*)

Agresivita: ANO NE *)

Závislost na návykových látkách: ANO NE *)

Alkoholismus: ANO NE *)

Diagnóza

a) Hlavní

b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

Sebeobsluha			
Je upoután převážně / trvale na lůžko	ANO	NE	*)
Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby	ANO	NE	*)
Je schopen chůze - sám			
	- s pomocí - hole		
	- berle jedné / dvou		
	- chodítka		
Pohybuje se na invalidním vozíku	ANO	NE	sám / s pomocí druhé osoby *)
Je schopen se sám	- najíst	ANO	NE *)
	- vykoupat	ANO	NE *)
	- obléci	ANO	NE *)
	- obout	ANO	NE *)
Inkontinence moči	- trvalá	ANO	NE *)
	- občasná	ANO	NE *)
Inkontinence stolice	- trvalá	ANO	NE *)
	- občasná	ANO	NE *)

Potřebuje lékařskou péči	- trvale	ANO	NE	*)
	- občas	ANO	NE	*)
Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého:				
Potřebuje zvláštní péči	ANO (uved'te jakou)	NE		
Potřebuje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení:	ANO	NE	*)	
Trpí akutní infekční nemocí:	ANO (uved'te jakou)	NE		
<i>podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky neurologického, ortopedického, chirurgického a interního, popř. laboratorního vyšetření</i>				
Jiné údaje:				
Dne				
..... podpis vyšetřujícího lékaře				
..... razítko ZZ				

*) Nehodící se škrtněte