

**VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**  
**k žádosti o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Vrbno, p. o., Mnichov 262,**  
**Vrbno pod Pradědem 793 26**

<p><b>1. ŽADATEL</b></p> <p>Jméno a příjmení: .....</p> <p>Datum narození: ..... Pojišťovna: .....</p> <p>Bydliště: .....</p>									
<p><b>2. AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE</b> (motorické schopnosti, mobilita, komunikační schopnosti, schopnost sebeobsluhy, případně délka hospitalizace)</p>									
<p><b>3. PSYCHICKÝ STAV ŽADATELE</b> (orientace místem, časem, osobou, projevy narušující kolektivní soužití apod.)</p>									
<p><b>4. Trpí žadatel demencí?</b></p> <p>NE            ANO            Typ demence:            Stupeň:</p>									
<p><b>5. Trpí žadatel (případně trpěl) závislostí na omamných, psychotropních, případně jiných látkách?</b></p> <p>NE            ANO            Jaké látky?</p>									
<p><b>6. Potřebuje žadatel lékařské ošetření:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">trvale</td> <td style="width: 10%;">ANO</td> <td style="width: 10%;">NE</td> </tr> <tr> <td>občas</td> <td>ANO</td> <td>NE</td> </tr> </table>				trvale	ANO	NE	občas	ANO	NE
trvale	ANO	NE							
občas	ANO	NE							
<p><b>7. Potřebuje žadatel zvláštní péči?</b>    NE</p> <p>   ANO    Jakou?</p>									
<p><b>8. Je žadatel pod dohledem specilaizovaného zdravotnického oddělení?</b>    NE    ANO</p> <p>Jakého? .....</p>									

<b>9. Je žadatel léčen, nebo sledován, pro infekční onemocnění, nebo pro parazitární chorobu?</b>	
NE	ANO      Jakou? .....
<b>10. Je léčen, nebo sledován pro tuberkulózu?</b>	
NE	ANO      V jaké fázi? .....
<b>11. Sluch:</b>	<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nedoslýchá <input type="checkbox"/> zbytky sluchu <input type="checkbox"/> neslyší
<b>Zrak:</b>	<input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidí
<b>12. Používá žadatel kompenzační pomůcky?</b>	<input type="checkbox"/> Hole <input type="checkbox"/> Berle <input type="checkbox"/> Invalidní vozík <input type="checkbox"/> Chodítka <input type="checkbox"/> Naslouchátko <input type="checkbox"/> Zubní protézy  Jiné: .....
<b>13. Je schopen chůze bez cizí pomoci?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Je upoután na lůžku?</b>	<input type="checkbox"/> trvale <input type="checkbox"/> převážně
<b>Komunikuje verbálně?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Je orientovaný?</b>	<input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou
<b>Je schopen polohy vsedě?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Je schopen sám se najíst?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Je schopen sám se napít?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Je inkontinentní?</b>	<input type="checkbox"/> trvale <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> v noci
<b>Používá WC křeslo u lůžka?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>Trpí defekty kůže, dekubity?</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<b>14. Žadatel JE – NENÍ schopen umístění do Dps včetně kolektivního soužití.</b>	

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o sociální službu

V..... dne.....

Razítko a podpis lékaře.....