

Příloha žádosti

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele k přijetí žádosti do Domova Kytín

Žadatel	
<small>jméno a příjmení</small>	
Narozen	Zdravotní pojišťovna
<small>den, měsíc, rok</small>	
Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti mobilita, schopnost sebeobsluhy atd., případně délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení)	
Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)	
Trpí žadatel demencí	<input type="checkbox"/> <i>prosím, označte odpovídající odpověď</i>
<input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> ANO, typ demence	Stupeň
Trpí žadatel, případně trpěl závislostí	
<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> ANO, jakou	
Potřebuje žadatel lékařské ošetření	trvalé <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
	občas <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Kardiostimulátor	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Alergie	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké
Dieta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaká
Kontroly u specialisty	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké

Žadatel je schopen chůze bez cizí pomoci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Používá kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> invalidní křeslo
Upoután na lůžko <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Schopen polohy v sedě, v křesle <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Sluch <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nedoslýchá <input type="checkbox"/> zbytky sluchu <input type="checkbox"/> neslyší <input type="checkbox"/> sluchadlo
Zrak <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidomý
Schopen se sám najíst, napít <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Zubní protéza <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Inkontinence trvalá <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO částečná <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO v noci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO toaleta u lůžka <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Defekty kůže <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Dekubity, stupeň lokalizace Opruzeniny, stupeň Kožní defekty Hematomy Lupénka
Medikace vč. dávkování
Výpis diagnóz a jiné údaje
Dne razítka a podpis vyšetřujícího lékaře

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel.