

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele pro účely poskytnutí
Odlehčovací služby v SENIOR centru Blansko, p. o.

Žadatel/ka:
příjmení jmeno titul

Narozen/a:
den, měsíc, rok místo

Bydliště:
město ulice, č.p. PSČ okres

Jméno a příjmení praktického lékaře:

Adresa:

Telefon:

1. Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb

a) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:

ANO

NE

b) Žadatel je/není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci:

ANO, je schopen

NE, není schopen

c) Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití:

ANO

NE

2. Použití inkontinenčních pomůcek

ANO (vložky – vložkové pleny – kalhotky) NE

3. Diagnóza

a) Hlavní diagnóza:

b) Ostatní závažná onemocnění:

c) Jedná se o osobu s demencí:

ANO NE

typ:

stupeň demence:

4. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných odborných ambulancí včetně jména lékařů, které žadatel navštěvuje, příp. následné termíny lékařských vyšetření):

Psychiatrie:	Gastroenterologie: <input type="checkbox"/> Kolostomie/ileostomie
Plicní:	Kardiologie: <input type="checkbox"/> Kardiostimulátor
Diabetologie:	Nutriční: <input type="checkbox"/> PEG
Nefrologie:	Urologie: <input type="checkbox"/> PMK
Další:	

5. Alergie / Intolerance:

6. Datum posledního očkování:

Pneumo 23 / Prevenar 13

Vaxigrip:

TAT:

Onemocnění Covid-19:

ANO datum.....

NE

