|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí pobytové sociální služby "domov pro seniory" (§91, odst. 4 z.č.108/2006 Sb.) | | | | |
| Jméno, příjmení, rodné příjmení | |  | | |
| Rodné  číslo |  | Bydliště | |  |
| 1. Anamnéza (rodinná, osobní) | | | | |
|  | | | | |
| 2. Objektivní nález (status praesens generalis,v případě orgánového postižení o status localis) | | | | |
|  | | | | |
| 3 Diagnóza (česky) | | | | |
|  | | | | |
| 4. Duševní stav (projevy narušující soužití v kolektivu) | | | | |
|  | | | | |
| 5. Je-li žadatel pod dohledem lékařů specialistů, vypiště specializace a jména lékařů | | | | |
|  | | | | |
| 6. Je -li žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění, uveďte jaké | | | | |
|  | | | | |
| 7. Aktuální medikace + dávkování | | | | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. Je zjištěn návyk na alkohol nebo jiné návykové látky? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 9. Trpí žadatel poruchami orientace (místem, časem, osobou)? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 10. Je žadatel agresivní? Převládá u něj noční aktivita? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 11. Potřebuje žadatel zvláštní péči, jakou? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 12. Další údaje | | | | | | | |
| Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci? | | | | | ANO | NE |  |
| Je trvale upoután na lůžko? | | | | | ANO | NE |
| Je schopen se sám obsloužit? | | | | | ANO | NE |
| Je žadatel inkontinentní? | | | | | ANO | NE |
| Uveďte všechny kompenzační pomůcky, které používáte. | | | | | | | |
| 13. Nástup klienta (nehodící se škrtněte) | | | | | | | |
| a) ihned b)později termín: | | | | | | | |
| 14. Je žadatel očkován? Pokud ano, uveďte datum očkování | | | | | | | |
| TAT  PNEUMO CHŘIPKA | ANO - NE  ANO - NE ANO - NE | datum:  datum: datum: |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 15. Jiné údaje | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Datum,razítko a podpis registrujícího praktického lékaře | | | |  | | | |
|  | | | |