|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO/PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**  **ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU DO DOMOVA SV. KLÁRY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JMÉNO A PŘIJMENÍ ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU** |  | | |
| **DATUM NAROZENÍ** |  | **ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ** | | |
| **□ TĚLĚSNÉ**  **□ MENTÁLNÍ**  **□ SLUCHOVÉ**  **□ ZRAKOVÉ** | | |
| **DUŠEVNÍ STAV** | | |
|  | | |
| **DIAGNÓZY** | | |
|  | | |
| **MEDIKACE** | | |
|  | | |
| **POSOUZENÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU** | | | |
| **celková ošetřovatelská péče** | **ANO** | **NE** | |
| **částečná ošetřovatelské péče** | **ANO** | **NE** | |
| **imobilita** | **ANO** | **NE** | |
| **mobilita (prosíme, vypište – pomoc druhé osoby, typ kompenzační pomůcky** |  | | |
| **inkontinence** | **ANO** | **NE** | |
| **orientace časem** | **ANO** | **NE** | |
| **orientace místem** | **ANO** | **NE** | |
| **orientace osobou** | **ANO** | **NE** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OSTATNÍ ÚDAJE** | | |
| **proočkování vakcínou proti pneumokokům** | **ANO** | **NE** |
| **infekční onemocnění** |  | |
| **závislost na návykových látkách** |  | |
| **druh diety** |  | |
| **lékaři - specialisté** |  | |

**V dne**

**razítko a podpis lékaře**