



Domov pro seniory Jesenec, příspěvková organizace

Jesenec č. p. 1, 798 53 Jesenec

www.ddjesenec.cz

Tel.: Ústředna - 582 396 922
Ředitel - 582 396 890

Sociální pracovnice - 582 396 396
Pracovna sester - 582 330 517

Vyjádření lékaře

/o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby
v domově pro seniory/

1. Žadatel/ka _____
Příjmení jméno titul

narozen/a: _____
Zdravotní pojišťovna

bydliště: _____
místo ulice č.pop./orient. PSČ

2. Objektivní lékařský nález

3. Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení

ANO

NE*

Z jakého důvodu:

4. Zdravotní stav žadatele vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči (kyslíková terapie, plicní ventilátor, výživa sondou apod.)

ANO

NE*

Uveďte jakou:

5. Projevy chování žadatele mohou z důvodu duševní poruchy narušovat kolektivní soužití

ANO

NE*

Jaké projevy:

*) Nehodící se škrtněte

6. Agresivní chování:

ANO

NE*

Projevy a spouštěče tohoto chování:.....

7. Alkoholismus:

ANO

NE*

Současný vztah k alkoholu:.....

8. Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním přenosného charakteru
(žloutenka, TBC, pohlavní choroby aj.) – DOLOŽTE VYJÁDŘENÍ SPECIALIZOVANÉHO
LÉKAŘE, ZZ)

ANO

NE*

Toto onemocnění vyžaduje vyšší nároky na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče

ANO

NE*

9. Dopad nepříznivého zdravotního stavu (označte, popř. podtrhněte)**Mobilita**

Je upoután trvale – převážně* na lůžko ANO NE*)

Je schopen chůze s pomůckou (hole, berle, chodítko) ANO NE*)
s cizí pomocí ANO NE*)

Pohybuje se na invalidním vozíku sám – s dopomocí* ANO NE*)

Smyslové schopnosti

Nevidomý ANO NE*)

Neslyšící ANO NE*)

Mentální schopnosti

Je orientovaný místem ANO NE*)

časem ANO NE*)

osobou ANO NE*)

Sebeobsluha

Je schopen se sám najíst ANO NE*)

vykoupat ANO NE*)

obléci ANO NE*)

Inkontinence trvalá – občasná – noční* ANO NE*)

Je v péči specializovaného oddělení ZZ (lékaře) – kterého:

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Datum:

*) Nehodící se škrtněte

Razítko a podpis lékaře