

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o umístění

Razítko zařízení	Občanský průkaz žadatele:
	Rodné číslo žadatele:

Doklad k žádosti

1. Žadatel	příjmení (u žen též rodné číslo)	jméno	
narozen	den, měsíc, rok	místo	
bydliště	místo	ulice	číslo popisné
.....	okres	pošta	směrovací číslo
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):			
3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):			
4. Diagnóza (česky) Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy			
5. Duševní stavy (popř. projevy narušující kolektivní soužití) Je pod dohledem speciálního oddělení ? (je vhodné připojit výsledky vyš.) Je zjištěn návyk na alkohol? Projevy narušující kolektivní soužití: Je orientovaný? (čas, místo, prostor) Je agresivní? Noční aktivita? Jiné údaje:			
6. Přílohy: a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu b) výsledky vyšetření na bacilonosičství c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře nebo posudkového lékaře krajského úřadu – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření			

7. údaje o soběstačnosti:

Najedení, napití	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Oblékání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Koupání	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Použití WC	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	
Chůze po schodech	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Přesun na lůžko (židli)	<input type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
Kontinence moči	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> trvale inkontinentní
Kontinence stolice	<input type="checkbox"/> kontinentní	<input type="checkbox"/> občas inkontinentní	<input type="checkbox"/> trvale inkontinentní

Schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod.)

Dohled jiné osoby, v čem?

Držitel průkazu TP ZTP ZTP/P

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

8. Jiné údaje:

Je pod dohledem specializovaného oddělení?

Dne:

podpis vyšetřujícího lékaře
(jmenovka, razítko)

9. Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele .

Dne:

podpis lékaře
(jmenovka, razítko)