|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo žadatele: |  |  |  |  |  |
| Jméno, příjmení, titul: |  | | | | |
| Datum narození: |  | Zdravotní pojišťovna: |  | | |
| Trvalý pobyt: |  | | | | |
|  |  | | | | |

**Základní diagnóza (číslem i slovem):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Souhrn diagnóz:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Alergie:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Očkování:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PNEUMOKOK** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |
| **COVID 19** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |
| **CHŘIPKA** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |
| **TETANUS** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |
| **KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |
| **ŽLOUTENKA TYP …..** | □ **ANO** | □ **NE** |  |
| Datum posledního očkování: |  | | Typ vakcíny: | |

**Dispenzarizace:**

U koho (příjmení lékaře, odbornost, obec/nemocnice):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Plánovaná vyšetření:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Objektivní náez při vyšetření žadatele:**

□ praktickým lékařem => □ v ordinaci □ v bytě

□ odborným lékařem či při hospitalizaci

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Psychický stav žadatele:**

(pokud vyplývá ze zdravotního stavu diagnóza a jeho posouzení k umístění žadatele v určitém typu ústavu)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Trpí žadatel demencí?**

□ **ANO** typ demence: …………………………………….. □ **NE**

stupeň demence: …………………..…………..

**Trpí nyní žadatel závislostí na omamných, psychotropních případně jiných látkách?**

□ **ANO** jaké: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ **NE**

**Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol?**

□ **ANO**

□ **NE**

**Jsou u žadatele zjištěny projevy narušující kolektivní soužití?**

□ **ANO** jaké: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ **NE**

**Je žadatel agresivní? Je žadatel kuřák?**

□ **ANO** □ **ANO**

□ **NE** □ **NE**

**Posouzení míry soběstačnosti žadatele:**

1. **Je žadatel orientován časem a místem:** □ **ANO** □ **NE**
2. **Má žadatel zájem o okolní dění:** □ **ANO** □ **NE**
3. **Spolupráce s žadatelem je:** □ **DOBRÁ** □ **ŠPATNÁ** □ **ŽÁDNÁ**
4. **žadatel chodí:**

□ **SÁM BEZ POMOC** □ **SÁM S HOLEMI ČI BERLEMI** □**S POMOCÍ CHODÍTKA**

□ **JEN S POMOCÍ DALŠÍ OSOBY** □ **JEN NA VOZÍTKU** □ **JEN LEŽÍ**

1. **Posadí se žadatel na lůžku:** □ **SÁM** □ **S POMOCÍ DALŠÍ OSOBY**
2. **Kompenzační pomůcky** □ **HŮL** □ **FRANCOUZSKÉ HOLE**

□ **CHODÍTKO** □ **VYSOKÉ CHODÍTKO** □ **INVALIDNÍ VOZÍK**

□ **BRÝLE**  □ **SLUCHADLO** □ **ZUBNÍ NÁHRADA**

1. **Zrak:** □ **NORMÁLNÍ**  □ **ZHORŠENÝ** □ **ZBYTKY ZRAKU** □ **NEVIDOMÝ**
2. **Sluch:** □ **NORMÁLNÍ**  □ **NEDOSLÝCHAVOST** □ **ZBYTKY SLUCHU** □ **NESLYŠÍCÍ**
3. **Druhy diety:** □ **RACIONÁLNÍ**  □ **DIABETICKÁ** □ **ŽLUČNÍKOVÁ**

□ **JINÁ** …………………………………………………………………………………………………………...……....

1. **Žadatel potřebuje upravit stravu?**

□ **ANO** jak: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ **NE**

1. **Je žadatel schopen se sám obléknout:** □ **ANO** □ **NE** □ **S POMOCÍ**
2. **Je žadatel schopen se sám najíst/napít:** □ **ANO** □ **NE** □ **S POMOCÍ**
3. **Je žadatel schopen se sám vykoupat:** □ **ANO** □ **NE** □ **S POMOCÍ**
4. **Trpí žadatel inkontinencí?**

**moči: stolice:**

□ **ANO** stupeň inkontinence: ………………… □ **ANO**

□ **NE** □ **NE**

1. **Má žadatel defekty kůže?**

□ **ANO** □ dekubity (stupeň, lokalizace): …………………………………………………………………………………………

□ opruzeniny

□ dekubity (stupeň, lokalizace): ……………………………………………………………………………………………

□ převazy (čím?): …………………………………………………………………………………………………………………..

□ **NE**

**Aktuální medikace:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Doporučení lékaře pro umístění žadatele** (s přihlédnutím k eventuálnímu vyjádření psychiatra) **k umístění do DZR DOMOV DOMA Lomnice nad Popelkou:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Praktický lékař (jméno, příjmení, titul):

Adresa praktického lékaře:

Kontakt na praktického lékaře:

Potvrzuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Dále potvrzuji, že t.č. u nemocného není známek akutního onemocnění infekčního či přenostného (střevní infekce, TBC, Covid-19, svrab), psychiatrického s výrazným neklidem, somatického vyžadujícícho specifickou péči a že žadatel není nebezpečný sobě ani třetím osobám.

Místo a datum: ……………………………………………

Razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil: ………………………………………………………………………………………