**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Rodné číslo žadatele:

o zdravotním stavu žadatele žádajícího o

umístění do Domova se zvláštním režimem

DOMOV DOMA Lomnice nad Popelkou

 **Žadatel**...............................................................................................................................................

 příjmení (u žen též rodné) jméno

 Datum narození..................................................................................................................................

 den, měsíc, rok

 Bydliště..............................................................................................................................................

 místo ulice, č.p. PSČ

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

 **Objektivní nález** (status generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

 **Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

 **Diagnóza** (česky):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Současná terapie a její dávkování** | název léku | ráno | poledne | večer | noc |
| 1. Žadatel je schopen užívat léky samostatně, včetně přípravy:

**ANO / NE \*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. Žadatel je schopen dodržovat ordinovaný léčebný režim samostatně (převazy, ošetřovatelská rehabilitace)

**ANO / NE \*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Dieta, nutná úprava stravy: |  |
|  |
|  |
| Plánovaná vyšetření v době pobytu: |  |
|  |
|  |
| Zvláštní péče: (např.: převazy, aplikace inzulínu, ošetřovatelská rehabilitace, infuzní terapie) |  |
|  |
|  |

**SEBEOBSLUHA**

Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO NE

Kompenzační pomůcky: hůl francouzské hole chodítko vysoké chodítko

 invalidní vozík brýle sluchadlo zubní náhrada

Zrak: normální zhoršený zbytky zraku nevidomý

Sluch: normální nedoslýchavost zbytky sluchu neslyšící

Je upoután/a na lůžko: trvale převážně vůbec

Je schopen/na se sám/a obléknout: Ano Ne S pomocí

Je schopen/na se sám/a najíst, napít: Ano Ne S pomocí

Je schopen/na se sám/a vykoupat: Ano Ne S pomocí

Je inkontinentní: trvale občas jen v noci vůbec

Pokud ano, uveďte stupeň inkontinence:

Je agresívní: ANO NE

Abúsus alkoholu nebo návykových látek: ANO NE

Porucha kognitivních funkcí: ANO NE nezjišťováno

Demence: ANO NE nezjišťováno

V evidenci odborné ambulance: ANO NE

Pokud ano, které:

Potřebuje specifickou péči: ANO NE

Pokud ano, jakou:

Je schopen/na samostatně jednat při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby:

ANO NE

Očkování proti Covid -19: ANO NE

Pokud ano, jakou očkovací látkou, kdy:

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 přenosného (střevní infekce, TBC, Covid-19, svrab), psychiatrického s výrazným neklidem, somatického vyžadujícího specifickou péči a že žadatel není nebezpečný sobě ani třetím osobám.

Místo, datum: ……………………….

 ………………………………………………………..

 Razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil