

Žádost o lékařskou zprávu

Jméno a příjmení žadatele: _____

Bydliště: _____

Rodné číslo: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Jméno praktického lékaře: _____

Adresa zdrav. zařízení: _____

Kontakt na prakt. lékaře: _____

Vyplní praktický (ošetřující) lékař žadatele:

Diagnózy (lze nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice)
 – vyplňte, prosím, česky a čitelně, včetně číselného kódu MKN

--	--

Současná terapie a její dávkování	název léku	ráno	poledne	večer	noc
1) Žadatel je schopen užívat léky samostatně, včetně přípravy: ANO / NE *					
2) 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, ošetrovatelská RHB, infuzní terapie)	
Používané kompenzační pomůcky:	
Používané inkontinenční pomůcky/ datum poslední preskripce:	

Posouzení schopnosti sebeobsluhy			
Najedení, napití	sám	s pomocí	neprovede
Oblékání	sám	s pomocí	neprovede
Osobní hygiena	sám	s pomocí	neprovede
Koupání	sám	s pomocí	neprovede
Použití WC	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po rovině	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po schodech	sám	s pomocí	neprovede
Přesun lůžko, židle	sám	s pomocí	neprovede
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Orientace	místem ANO / NE*	časem ANO/NE*	osobou ANO/NE*

Je žadatel schopen sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby?	ANO / NE *
---	-------------------

* Nehodící se škrtněte

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 (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikujícího přijetí.

V.....dne

.....
Razítko a podpis lékaře