



**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  
o zdravotním stavu žadatele k žádosti  
o pobytovou službu v Domově pro seniory Háje\* /  
pobyt v Denním stacionáři Parkinson\* /  
o pobytovou odlehčovací službu\*

příloha žádosti

<b>Jméno a příjmení žadatele</b>	.....			
<b>Adresa trvalého bydliště</b>	.....			
<b>Datum narození</b>	.....			
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	VZP 111	OZP 207	VoZP 201	ZPMV 211
	ČPZP 205	RBP ZP 213	jiná ZP:	
<b>Dieta</b>	racionální č.3	diabetická č. 9	žlučnicková č. 4	bezezbytková č. 5
	bezlepková	s omezením soli		
<b>Strava</b>	celá	mletá	mix	jiný druh

**Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotním zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.)

**Duševní stav** (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

<b>Trpí žadatel demencí?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	Stupeň:	Typ:
	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	
	<input type="checkbox"/> NE		

<b>Potřebuje lékařské ošetření?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> trvale	<input type="checkbox"/> občas	
	<input type="checkbox"/> NE			
<b>Je schopen chůze bez cizí pomoci?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
kompensační pomůcky:	<input type="checkbox"/> hole	<input type="checkbox"/> chodítka	<input type="checkbox"/> invalidní vozík	
<b>sluch:</b>	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyší
<b>zrak:</b>	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> zhoršené vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
Je upoután trvale – převážně na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen polohy v sedě, v křesle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Je schopen sám se najíst, napít	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Inkontinence</b>	trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
	občas	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
	v noci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Používá WC křeslo u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
<b>Defekty kůže</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> dekubity (stupeň, lokalizace)		
		<input type="checkbox"/> opruzeniny		
		<input type="checkbox"/> jiné		
	<input type="checkbox"/> NE			
<b>Jiné údaje - prosíme o výpis diagnóz a současné medikace:</b>				

Dne. .... V. ....

.....  
**razítko a podpis vyšetřujícího lékaře**

\*nehodící se škrtněte