|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**ozdravotním stavužadatele o umístění do domova pro seniory(nedílná součást žádosti) |
| 1. Žadatel/ka Příjmení (popř. rodné příjmení) …………………………………… jméno …………………………………. Narozen/a:…………………………………………………………………. bytem: místo…………………………………………ulice a číslo popisné………………………………….. pošta …………………………………………směrovací číslo ………………………………………  |
| 2. Objektivní nález: |
| 3.Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití): |
|  4. Diagnóza (česky): Statistická značka hlavní choroby Podle mezinárodního seznamu:a) hlavní:b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: |
| Potřebuje lékařské ošetření trvale ANO NE\*) občas ANO NE\*) Je pod dohledem specializovaného oddělení ANO NE\*)např. plicního, neurologického, psychiatrického,ortopedického, resp. chirurgického a interníhoporadny diabetické, protialkoholní apod.\*)Jak často, v jaké míře a kdy naposledy (event. plánovaná kontrola):Potřebuje zvláštní péči - jakou:  |
| **Potvrzení o očkování**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Datum očkování | Název očkovací látky |
| **Očkování proti chřipce** |  |  |
| **Očkování proti pneumokokům** |  |  |
| **Očkování proti tetanu** |  |  |
| **Očkování proti COVID-19** |  |  |

**Potvrzení o stupni inkontinence**Stupeň inkontinence:* 1. stupeň
* 2. stupeň
* 3. stupeň

V ……………………………… dne ………………………………………………………………………..Potvrzení a podpis lékaře |