|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  o  zdravotním stavu  žadatele 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 interního  poradny 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 |