



Domov pro osoby se zdravotním postižením Sociální pohoda, o. p. s. - Domeček

Vacov, Javorník 74, 384 73 Stachy

Web: www.socialnipohoda.cz

Telefon: 388 433 829

---

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

*Nutno řádně vyplnit*

### 1. Žadatel:

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Rodné číslo:.....

Aktuální místo pobytu: .....

Zdravotní pojišťovna:.....

Souhlasíte s případným přeregistrováním -změnou zdravotní pojišťovny? ANO x NE

Výška:.....

Hmotnost:.....

TK:.....

Alergie:.....

Očkování:.....

Dieta:.....

### 2. Anamnéza (osobní, rodinná, pracovní)

.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Diagnóza

.....  
.....  
.....  
.....

#### 4. Objektivní nález

.....

.....

.....

.....

.....

#### 5. Projevy agrese (slovní, fyzická, autoagresivita, jiné agresivní projevy)

.....

.....

.....

.....

#### 6. Závislosti (cigarety (ks), alkohol, omamné látky, hazardní hry)

.....

.....

.....

#### 7. Samostatnost

<b>Schopnost se najíst, napít</b>	samostatně	s dohledem	s dopomocí	
<b>Zvládá základní hygienu</b>	samostatně	s dohledem	s dopomocí	
<b>Inkontinence</b>	trvale	občas	v noci	není

#### Pohyblivost:

- dobrá
- s obtížemi
- s kompenzační pomůckou (jakou).....
- imobilní

#### Užívání léků:

- nemám obtíže při podávání léků. Víím, že léky musím pravidelně užívat
- mám obtíže při užívání léků. Zapomínám, nechci léky brát...

**Lékař:**

Do našeho zařízení pravidelně dochází praktický a psychiatrický lékař.

- Souhlasíte s registrací u smluvních ošetřujících lékařů v zařízení?  
Ano x Ne

Pozn.: Uživatelům naší služby je dále možné zprostředkovat další specializované lékaře (stomatolog, neurolog apod.).

**8. Žadatel je pod dohledem specializované oddělení (př. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického apod.)**

.....  
.....  
.....  
.....

**9. Současná léčba, medikace, hospitalizace**

.....  
.....  
.....  
.....

**10. přílohy**

- Vyjádření lékaře - psychiatr
- Výsledky vyšetření na bacilonosičství
- Vyjádření o bezinfekčnosti
- Podle potřeby (výsledky vyšetření neurologického psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, laboratorních vyšetření...)

V, dne:.....

.....

**podpis lékaře**