

Rodné číslo žadatele:			
Jméno, příjmení, titul:			
Datum narození:		Zdravotní pojišťovna:	
Trvalý pobyt:			

**ZÁKLADNÍ DIAGNÓZA (ČÍSLEM I SLOVEM):**

.....

.....

.....

**SOUHRN DIAGNÓZ:**

.....

.....

.....

**ALERGIE:**

.....

.....

**ANAMNÉZA (RODINNÁ, OSOBNÍ, PRACOVNÍ):**

.....

.....

.....

.....

**OČKOVÁNÍ:**

<b>PNEUMOKOK</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Datum posledního očkování:			Typ vakcíny:
<b>COVID 19</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Datum posledního očkování:			Typ vakcíny:
<b>CHŘÍPKA</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Datum posledního očkování:			Typ vakcíny:
<b>TETANUS</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Datum posledního očkování:			Typ vakcíny:
<b>KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Datum posledního očkování:			Typ vakcíny:

ŽLOUTENKA TYP ....	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Datum posledního očkování:		Typ vakcíny:

**DISPENZARIZACE:**U koho (příjmení lékaře, odbornost, obec/nemocnice):  
.....**PLÁNOVANÁ VYŠETŘENÍ:**  
.....  
.....**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ PŘI VYŠETŘENÍ ŽADATELE:**

- praktickým lékařem =>  v ordinaci  v bytě  
 odborným lékařem či při hospitalizaci
- .....  
.....  
.....

**PSYCHICKÝ STAV ŽADATELE:**(pokud vyplývá ze zdravotního stavu diagnóza a jeho posouzení k umístění žadatele v určitém typu ústavu)  
.....  
.....**TRPÍ ŽADATEL DEMENCÍ?**

- ANO typ demence: .....  NE  
stupeň demence: .....

**TRPÍ NYNÍ ŽADATEL ZÁVISLOSTÍ NA OMAMNÝCH, PSYCHOTROPNÍCH PŘÍPADNĚ JINÝCH LÁTKÁCH?**

- ANO jaké: .....  
 NE

**JE U ŽADATELE ZJIŠTĚN NÁVYK NA ALKOHOOL?**

- ANO  
 NE

**JSOU U ŽADATELE ZJIŠTĚNY PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ?**

- ANO jaké: .....  
 NE

**JE ŽADATEL AGRESIVNÍ?**

- ANO  
 NE

**JE ŽADATEL KUŘÁK?**

- ANO  
 NE

**POSOUZENÍ MÍRY SOBĚSTAČNOSTI ŽADATELE:**

- a) JE ŽADATEL ORIENTOVÁN ČASEM A MÍSTEM:  ANO  NE
- b) MÁ ŽADATEL ZÁJEM O OKOLNÍ DĚNÍ:  ANO  NE
- c) SPOLUPRÁCE S ŽADATELEM JE:  DOBRÁ  ŠPATNÁ  ŽÁDNÁ
- d) ŽADATEL CHODÍ:
- SÁM BEZ POMOC  SÁM S HOLEMI ČI BERLEMI  S POMOCÍ CHODÍTKA
- JEN S POMOCÍ DALŠÍ OSOBY  JEN NA VOZÍTKU  JEN LEŽÍ
- e) POSADÍ SE ŽADATEL NA LŮŽKU:  SÁM  S POMOCÍ DALŠÍ OSOBY
- f) KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:  HŮL  FRANCOUZSKÉ HOLE
- CHODÍTKO  VYSOKÉ CHODÍTKO  INVALIDNÍ VOZÍK
- BRÝLE  SLUCHADLO  ZUBNÍ NÁHRADA
- g) ZRAK:  NORMÁLNÍ  ZHORŠENÝ  ZBYTKY ZRAKU  NEVIDOMÝ
- h) SLUCH:  NORMÁLNÍ  NEDOSLYCHAVOST  ZBYTKY SLUCHU  NESLYŠÍCÍ
- i) DRUHY DIETY:  RACIONÁLNÍ  DIABETICKÁ  ŽLUČNÍKOVÁ
- JINÁ .....
- j) ŽADATEL POTŘEBUJE UPRAVIT STRAVU?
- ANO jak: .....
- NE
- k) JE ŽADATEL SCHOPEN SE SÁM OBLÉKNOUT:  ANO  NE  S POMOCÍ
- l) JE ŽADATEL SCHOPEN SE SÁM NAJÍST/NAPÍT:  ANO  NE  S POMOCÍ
- m) JE ŽADATEL SCHOPEN SE SÁM VYKOUPAT:  ANO  NE  S POMOCÍ
- n) TRPÍ ŽADATEL INKONTINENCÍ?
- MOČI:  ANO stupeň inkontinence: .....  ANO
- NE  NE
- o) MÁ ŽADATEL DEFEKTY KŮŽE?
- ANO  dekubity (stupeň, lokalizace): .....
- opruzeniny
- dekubity (stupeň, lokalizace): .....
- převazy (čím?): .....
- NE

**AKTUÁLNÍ MEDIKACE:**

.....

.....

.....

.....

.....

**DOPORUČENÍ LÉKAŘE PRO UMÍSTĚNÍ ŽADATELE (s přihlédnutím k eventuálnímu vyjádření psychiatra) K UMÍSTĚNÍ DO DZR****DOMOV DOMA LOMNICE NAD POPELKOU:**

.....

.....

.....

.....

.....

Praktický lékař (jméno, příjmení, titul):

Adresa praktického lékaře:

Kontakt na praktického lékaře:

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 či přenosného (střevní infekce, TBC, Covid-19, svrab), psychiatrického s výrazným neklidem, somatického vyžadujícího specifickou péči a že žadatel není nebezpečný sobě ani třetím osobám.

Místo a datum: .....

Razítko a podpis lékaře, který žádost vyplnil: .....