



**Domov pro seniory Červenka, příspěvková organizace**  
Nádražní 105,784 01 Litovel

**Vyjádření lékaře**

(o zdravotním stavu žadatele pro poskytnutí sociální služby v domově pro seniory)

---

**1. Žadatel:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

---

**2. Anamnéza:**

(rodinná, osobní)

---

**3. Objektivní nález:** (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

Alkoholismus:  ANO  NE \*)

Agresivita:  ANO  NE \*)

**4.. Duševní stav:**

---

## 5. Souhrn diagnóz:

---

## 6. Sebeobsluha:

Je upoután trvale – převážně* na lůžko	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE*)
Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
Je schopen chůze s pomocí	<input type="checkbox"/>	hole *)		
	<input type="checkbox"/>	berle jedné – dvou *)		
	<input type="checkbox"/>	chodítka *)		
Pohybuje se na invalidním vozíku	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
Je schopen se sám	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
najíst	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
vykoupat	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
obléci	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
obout	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
Inkontinence				
trvalá	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
občasná	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)
noční	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE *)

---

Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého:

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

---

## 7. Přílohy:

- U TBC onemocnění (i v anamnéze) musí být vyjádření specializovaného ZZ pro léčbu tuberkulózy.
- Jiné důležité informace o zdravotním stavu (RTG, laboratoř, apod.)

.....  
datum

.....  
podpis a razítko ošetřujícího lékaře  
(jmenovka)

\*) - zakřížkujte