



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o přijetí
do Ústavu sociálních služeb města Nové Paky

Vyjádření lékaře je nedílná součást k žádosti o přijetí do Ústavu sociálních služeb města
Nové Paky

1. Žadatel

Příjmení:

Jméno:

Zdravotní pojišťovna:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

3. Objektivní nález

4. Zdravotní stav žadatele (hodící se zaškrtněte)

Vylučuje pobyt v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

ANO

NE

Jedná se o žadatele s chronickou infekcí
Jakou:

ANO

NE

Chování žadatele by narušovalo kolektivní soužití

ANO

NE

Je žadatel agresivní

ANO

NE

Je zjištěna závislost na návykových látkách
Jakých:

ANO

NE

Je zjištěn noční neklid/chůze v noci

ANO

NE

Jedná se o žadatele s organickým psychiatrickým onemocněním typu
schizofrenie, maniodepresivní psychóza apod.

ANO

NE

Zrak:

Sluch

Vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení (např. je vyživován žaludeční sondou, žadatel vyžaduje odsávání dých. cest či infúzní léčbu, PEG, oxygenoterapie, stomie apod.) **-podtrhněte**

Žadatel trpí demencí

ANO

NE

Typ demence:

Stupeň inkontinence:

5. Údaje o soběstačnosti (hodící se zaškrtněte)					
Najedení, napití	Sám		Dopomoc		Nezvládne
Oblékání	Sám		Dopomoc		Nezvládne
Osobní hygiena	Sám		Dopomoc		Nezvládne
Koupání	Sám		Dopomoc		Nezvládne
Chůze po schodech	Sám		Dopomoc		Nezvládne
Chůze po rovině	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:	
Přesun na lůžko (židli)	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:	
Použití WC	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:	
Kontinence moči	Kontinentní	Část. kontinentní	Inkontinentní	PK	Trvalá
					Dočasná
Kontinence stolice	kontinentní	Část. kontinentní	Inkontinentní	Střevní stomie	Trvalá
					Dočasná

6. Je pod dohledem specializovaného oddělení např. (hodící se zaškrtněte)		
Plicního	ANO	NE
Kardiologického	ANO	NE
Neurologického	ANO	NE
Psychiatrického (pokud je žadatel evidován na psychiatrii, je přílohou tohoto Vyj. lékaře zpráva od psychiatra)	ANO	NE
Ortopedického	ANO	NE
Poradny diabetologické/interní	ANO	NE
Jiné		

Dne:	Podpis ošetřujícího lékaře:	Razítko:

VYPLŇUJE ZÁVODNÍ LÉKAŘ

7. Vyjádření závodního lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do:		
Druh sociální služby	Schopen přijetí	Neschopen přijetí
Domova pro seniory		Nevhodná služba - cílová skupina ☐
		Zdrav. stav vylučuje námi poskytovanou službu ☐
Domova se zvláštním režimem		Nevhodná služba - cílová skupina ☐
		Zdrav. stav vylučuje námi poskytovanou službu ☐
Odlehčovací služba		Nevhodná služba - cílová skupina ☐
		Zdrav. stav vylučuje námi poskytovanou službu ☐

Dne:	Podpis závodního lékaře:	Razítko:

