



Domov pro seniory Zahradní Město, Sídlo: Sněženková 2973/8,
106 00 Praha 10 – Zahradní Město
Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

**Příloha žádosti o pobytovou službu Domova pro seniory Zahradní Město
služba domova pro seniory**

1. Žadatel			
..... Příjmení, rodné příjmení		 jméno	
narozen/a: r. č. den, měsíc, rok		 místo	
bydliště:			
ulice		číslo	místo PSČ, pošta
2. Aktuální zdravotní stav – soběstačnost žadatele (mobilita, motorické schopnosti, schopnost sebeobsluhy – osobní hygiena, oblékání, stravování, péče o domácnost, péče o zdraví, atd.):			
3. Duševní stav (orientace, myšlení, PMT, nálada, stres, deprese, úzkosti, bludy, spánek, příp. poruchy chování a další důležité údaje):			
4. Komunikace, řeč			
5. Délka současné hospitalizace , pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení:			
6. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?			
☐ ANO		Jaké:	
☐ NE			
7. Je v péči dalšího odborného lékaře?			
☐ ANO		Jakého:	
☐ NE			

8. Potřebuje lékařské ošetření

trvale ☐ ANO ☐ NE
občas ☐ ANO ☐ NE

9. Je schopen chůze bez cizí pomoci ☐ ANO ☐ NE

Používá kompenzační pomůcky: ☐ hůl ☐ francouzská hůl/ hole ☐ podpažní berle
☐ invalidní vozík ☐ chodítko

Je upoután trvale – převážně * na lůžko ☐ ANO ☐ NE

Je schopen polohy vsedě, v křesle ☐ ANO ☐ NE

Je schopen sám se najíst, napít ☐ ANO ☐ NE

8. Sluch*: ☐ normální ☐ nedoslýchá ☐ zbytky sluchu ☐ neslyší

9. Zrak*: ☐ normální ☐ zhoršené vidění ☐ zbytky zraku ☐ nevidomý

10. Inkontinence: ☐ žádná nebo částečná
☐ částečná – žadatel se sám obslouží
☐ částečná – žadatel potřebuje pomoc druhé osoby
☐ plná ☐ zavedený PMK

Používá WC křeslo u lůžka ☐ ANO ☐ NE ☐ S POMOCÍ

11. Defekty kůže*: ☐ ANO ☐ dekubity (stupeň, lokalizace)
☐ opruzeniny
☐ jiné
☐ NE

12. Jiné údaje:

Dne V

.....
podpis a razítko vyšetřujícího lékaře

***zaškrtněte správnou nebo nejbližší variantu**

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o pobytovou službu.