

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

<p><b>1. Žadatel</b></p> <p>.....</p> <p>Příjmení, rodné příjmení ..... jméno</p> <p>narozen/a: ..... r. č.....</p> <p>den, měsíc, rok ..... místo</p> <p>bydliště: .....</p> <p>ulice ..... číslo ..... místo ..... PSČ, pošta</p>			
<p><b>2. Aktuální zdravotní stav – soběstačnost žadatele</b> (mobilita, motorické schopnosti, schopnost sebeobsluhy – osobní hygiena, oblékání, stravování, péče o domácnost, péče o zdraví, atd.):</p>			
<p><b>3. Syndrom demence</b></p> <p><b>Typ demence:</b></p> <p><b>Stupeň demence:</b></p> <p>Vždy vyplňte typ a stupeň syndromu demence, pokud je u žadatele diagnostikován!</p> <p><b>Popis projevů onemocnění:</b></p>			
<p><b>4. Komunikace, řeč</b></p>			
<p><b>5. Délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení:</b></p>			
<p><b>6. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO ..... Jaké:</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p>			

**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.