

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

<p><b>1. Žadatel</b></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">příjmení <span style="float: right;">jméno</span></p> <p>narozen/a: ..... r. č.....</p> <p style="text-align: center;">den, měsíc, rok <span style="float: right;">místo</span></p> <p>bydliště: .....</p> <p style="text-align: center;">ulice <span style="margin-left: 100px;">číslo</span> <span style="margin-left: 100px;">místo</span> <span style="float: right;">PSČ, pošta</span></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. Duševní stav</b> (orientace, myšlení, PMT, nálada, stres, deprese, úzkosti, bludy, spánek, příp. poruchy chování a další důležité údaje):</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 <span style="margin-left: 100px;">Jaké:</span></p> <p><input type="checkbox"/> NE</p>			
<p><b>7. Je v péči dalšího odborného lékaře?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO <span style="margin-left: 100px;">Jakého:</span></p> <p><input type="checkbox"/> NE</p>			

**8. Potřebuje lékařské ošetření**trvale  ANO  NEobčas  ANO  NE**9. Je schopen chůze bez cizí pomoci**  ANO  NEPoužívá kompenzační pomůcky:  hůl  francouzská hůl/ hole  podpažní berle  
 invalidní vozík  chodítkoJe upoután trvale – převážně \* na lůžko  ANO  NEJe schopen polohy vsedě, v křesle  ANO  NEJe schopen sám se najíst, napít  ANO  NE**10. Sluch\*:**  normální  nedoslýchá  zbytky sluchu  neslyšící**11. Zrak\*:**  normální  zhoršené vidění  zbytky zraku  nevidomý**12. Inkontinence:**  žádná nebo částečná částečná – žadatel se sám obslouží částečná – žadatel potřebuje pomoc druhé osoby plná  zavedený PMKPoužívá WC křeslo u lůžka  ANO  NE  S POMOCÍPoužívá močovou lahev  ANO  NEPoužívá podložní mísu  ANO  NEZavedena stomie  ANO  NE**13. Defekty kůže\*:**  ANO  dekubity (stupeň, lokalizace) opruzeniny jiné ..... NE**14. Očkování proti virové hepatitidě B\*:**  ANO  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.**