

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

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

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 PMK

Používá WC křeslo u lůžka ANO NE S POMOCÍ

Používá močovou lahev ANO NE

Používá podložní mísu ANO NE

Zavedena 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.