

Příloha žádosti o pobytovou službu Domova pro seniory Nová slunečnice

<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. Zdravotní pojišťovna:</p>
<p>3. Dieta:</p> <p>Je schopen sám se najíst, napít <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE</p>
<p>4. Diagnóza:</p>
<p>5. Anamnéza (rodinná, osobní)</p>
<p>6. Aktuální terapie (rozpis léků):</p>

7. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

Trpí žadatel demencí: ANO NE

Typ demence :.....

Porucha kognitivních funkcí ANO NE

8. Trpí žadatel, případně trpěl (uvést rok) závislostí na omamných, psychotropních příp. jiných látkách ?

ANO NE

Jaké:

9. Mobilita

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE

Používá kompenzační pomůcky: hůl francouzská hůl/ hole podpažní berle

invalidní vozík chodítka/pultové chodítka

Je upoután trvale – převážně na lůžko ANO NE

Je schopen polohy vsedě, v křesle ANO NE

Je schopen sebeobsluhy v lůžku ANO NE

Polohování ANO NE

10. Inkontinence

žádná částečná –sám se obslouží

částečná – potřebuje pomoc druhé osoby plná

zavedený PMK zavedená stomie

Používá WC křeslo u lůžka ANO NE S POMOCÍ

Používá močovou lahev ANO NE

Používá podložní mísu ANO NE

11. Smyslové vnímání

Sluch: normální nedoslýchá zbytky sluchu neslyšící

Kompenzační pomůcky:

Zrak: normální zhoršené vidění zbytky zraku nevidomý

Kompenzační pomůcky:

12. Potřeba paliativní péče

ANO

NE

13. Potřebuje lékařské ošetření?

trvale ANO NE

občas ANO NE

defekty kůže ANO NE

dekubity

opruzeniny

jiné.....

Je pod dohledem odborné ambulance ?

kardiologie psychiatrie a jiné.....

neurologie urologie

diabetologie nefrologie

14. Očkování

chřipka datum:.....

pneumo datum:.....

tetanus datum:.....

černý kašel datum:.....

Covid-19 datum:.....

a jiné.....

15. Jméno a kontakt na registrujícího praktického lékaře:

V Dne

.....
podpis a razítko vyšetřujícího lékaře

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