



## Vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce

### Identifikace zájemce

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:	
Adresa trvalého pobytu:	
Jméno ošetřujícího lékaře:	

### Zdravotní stav

Hlavní diagnózy:	
Aktuální zdravotní stav (stručný popis):	
Očkování:	TAT :            ano            ne            datum: Prevenar:            ano            ne            datum: Hepatitida B: ano            ne            datum: Chřipka:            ano            ne            datum: Covid:            ano            ne            datum:
Alergie:	
Infekční onemocnění (pokud ano, specifikujte):	
Dietní opatření:	

### Orientace a kognitivní stav

Orientace osobou:	Ano	Ne
Orientace místem:	Ano	Ne
Orientace časem (ano/ne):	Ano	Ne



## Vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce

Stupeň demence / kognitivní porucha:	
--------------------------------------	--

### Soběstačnost a funkční stav

Pohyb:	samostatný	s dopomocí	imobilní
Komunikace:	srozumitelná	částečně	nesrozumitelná
Stravování:	samostatně	s dopomocí	nutná asistence
Inkontinence:	ano/stupeň		ne
Zrak:	bez omezení	se zhoršením	slepota
Sluch/pomůcky:	bez omezení	se zhoršením	hluchota

### Rizikové faktory a chování

Agresivita (verbální/fyzická):	
Bloudění, útoky:	
Sebepoškozující chování:	
Jiné rizikové projevy:	

### Pravidelně užívané léky:

### Závěr ošetřujícího lékaře

Zdravotní stav posuzované osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

**ano**      **x**      **ne**

Zdravotní stav posuzované osoby z důvodu duševní poruchy narušuje závažným způsobem kolektivní soužití

**ano**      **x**      **ne**

Vhodnost umístění v domově se zvláštním režimem

**ano**      **x**      **ne**

### Doplňující doporučení:

**Datum:**

**Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:**