

INFORMACE PRO ZDRAVOTNÍ ÚSEK

DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ALMA MATER, o.p.s.

Žadatel o službu:

Jméno: Pojišťovna:

Bydliště:

1) Kontaktní osoba (manžel/ka, dítě atd.)

Jméno: Vztah: Kontakt:

2) Zdravotní péče

- | | | |
|--|-----|----------------|
| a) Máte zájem zůstat v péči svého praktického lékaře? | ANO | NE |
| b) Budete požadovat registraci u praktického lékaře v místě? | ANO | NE |
| c) Vyžaduje Váš zdravotní stav doprovod k lékaři? | ANO | NE |
| d) Je Vaše rodina dopravu ochotna zajistit? | ANO | NE |
| 3) Jste kuřák | ANO | NE |
| 4) Alergie | ANO | NE JAKA: |
| 5) Porucha příjmu potravy, tekutin | ANO | NE JAKÉ: |
| 6) Dietní opatření | ANO | NE JAKÉ: |

Datum

Podpis žadatele:

7) Vyjádření ošetřujících lékařů k vhodnosti umístění pacienta do Domova se zvláštním režimem

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné informace a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do Domova Alma Mater, o.p.s. a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé či nedostačené informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem. **Toto prohlášení stvrzuji svým podpisem a razítkem, každý lékař sám za sebe.**

Registrující praktický lékař:

- Umístění je: a) vhodné
b) nevhodné
c) s výhradami, jakými:

Ošetřující psychiatr:

- Umístění je: a) vhodné
b) nevhodné
c) s výhradami, jakými:

Ostatní ošetřující lékaři:

- Umístění je: a) vhodné
b) nevhodné
c) s výhradami, jakými:

8) U jakých lékařů nebo v jakých zdravotnických zařízeních se léčíte? (jméno lékaře, adresa + tel. kontakt do zařízení a případný termín plánované kontroly)

Diabetolog:
Kardiolog:
Neurolog:
Urolog:
Kožní lékař:
další:

9) Hodnocení:

Sluch	normální	
	nedoslýchá	
	zbytky sluchu	
	neslyší	
Zrak	normální	
	zhoršené vidění	
	zbytky zraku	
	nevidomý	
Používá kompenzační pomůcky	hole	
	chodítka	
	invalidní vozík	
Kontinence moči	plně kontinentní	
	občas inkontinentní	
	Inkontinentní	
	PMK	
Kontinence stolice	plně kontinentní	
	občas inkontinentní	
	inkontinentní	
Defekty kůže	dekubity	
	opruzeniny	
	jiné	

10) Očkování:

Engerix- B:	Influvac	Pneumo 23	TAT	Jiné:
NE	NE	NE	NE	
ANO	ANO	ANO	ANO	
kdy:	kdy:	kdy:	kdy:	

11) Aktuální stav žadatele

a) Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
b) Je upoután trvale – převážně na lůžko	ANO	NE
c) Je schopen polohy v sedě, v křesle	ANO	NE
d) Je schopen sám se najíst, napít	ANO	NE
e) Zvládne se samostatně osprchovat	ANO	NE
f) Používá WC křeslo u lůžka	ANO	NE
g) Používá inkontinenční pomůcky	ANO	NE
h) Abusus alkoholu	ANO	NE
i) Abusus toxických látek	ANO	NE
j) Patologické hráčství	ANO	NE

12) Anamnéza (rodinná, osobní, alergie):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13) Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14) Duševní stav, demence aj. (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15) Aktuální stav žadatele

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16) Diagnóza (česky) + statistické značky hlavních a vedlejších chorob dle mezinárodního seznamu dg

1) Hlavní

2) ostatní choroby nebo chorobné stavy

17) Medikace, rozpis užívání léků (vypište veškerou medikaci včetně dávkování)

Jste schopen sám užívat léky

ANO

NE

Název léku	Dávkování

19) Potvrzení pro účely umístění do Domova ALMA MATER, o.p.s.

(umístění bez souhlasu uživatele, bez schopnosti jednat, porozumět sdělované věci, či neschopnosti podpisu)

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Potvrzuje se tímto, že uvedený zájemce o službu trpí chronickým onemocněním bez možnosti zlepšení stavu je závislým na pomoci jiné osoby, a současně není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen samostatně jednat.

Pacient není schopen*:

- podpisu
- pochopit rozsah jednání
- zastupovat se v jednání
- přebírat poštu
- řešit právní souvislosti
- s pacientem se nelze dorozumět
- další

Neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace formou poskytnutí sociální pobytové služby by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobené duševní poruchou ohrozilo pacientův život nebo by mu hrozilo vážné poškození zdravotní anebo by totéž hrozilo osobám v jeho okolí.

Pacient je/není*schopen vyslovit souhlas s tím, že bude pobývat v zařízení sociálních služeb pobytového charakteru.

Dne:

.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře



Před nástupem do Domova prosíme doložit: odběr krve na protilátky hepatitidy B, výtěr z konečníku a z krku, Rtg srdce a plíce (Rtg výsledky nesmí být starší 3 měsíce).

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné informace a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do Domova Alma Mater, o.p.s. a jsme si vědom/a toho, že nepravdivé či nedostačené informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem. Toto prohlášení stvrzuji svým podpisem a razítkem.

Datum

Podpis a razítko vyplňujícího lékaře