

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

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

--	--

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) Očkování:

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

10) 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 |

11) Anamnéza (rodinná, osobní, alergie):

12) Objektivní nález

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

14) Aktuální stav žadatele

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

1) Hlavní

2) ostatní choroby nebo chorobné stavy

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

Jste schopen sám užívat léky

ANO

NE

Název léku	Dávkování

Před nástupem do Domova prosíme doložit: odběr krve na protilátky hepatitidy B, výtěr z konečníku a z krku.

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.

Datum **Podpis a razítko vyplňujícího lékaře**

*K vyjádření lékaře přiložte aktuální dostupné lékařské zprávy

Děkujeme za Vaši ochotu a spolupráci při jednání