

Zdravotní záznam
žadatele o pobyt odlehčovací pobytové služby .

Žadatel
jméno a příjmení

Narozen RČ Zdrav. poj.
den, měsíc, rok

Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti mobilita, schopnost sebeobsluhy atd., případně délka současné hospitalizace,
pokud je žadatel ve zdrav. zařízení)

Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)

Trpí žadatel demencí ☐ *prosím, označte odpovídající odpověď*

☐ NE

☐ ANO, typ demence Stupeň

Trpí žadatel, případně trpěl závislostí

☐ Ne

☐ ANO, jakou

Potřebuje žadatel lékařské ošetření trvalé ☐ NE ☐ ANO

občas ☐ NE ☐ ANO

Kardiostimulátor ☐ NE ☐ ANO

Alergie ☐ NE ☐ ANO a jaké

Dieta ☐ NE ☐ ANO a jaká

Kontroly u specialisty ☐ NE ☐ ANO a jaké

Žadatel je schopen chůze bez cizí pomoci ☐ NE ☐ ANO

Používá kompenzační pomůcky ☐ hole ☐ chodítko ☐ invalidní křeslo

Upoután na lůžko ☐ NE ☐ ANO Schopen polohy v sedě, v křesle ☐ NE ☐ ANO

Sluch ☐ normální ☐ nedoslýchá ☐ zbytky sluchu ☐ neslyší ☐ sluchadlo

Zrak ☐ normální ☐ zhoršené vidění ☐ zbytky zraku ☐ nevidomý

Schopen se sám najíst, napít ☐ NE ☐ ANO Zubní protéza ☐ NE ☐ ANO

Inkontinence trvalá ☐ NE ☐ ANO částečná ☐ NE ☐ ANO v noci ☐ NE ☐ ANO
toaleta u lůžka ☐ NE ☐ ANO

Defekty kůže ☐ NE ☐ ANO

Dekubity, stupeň lokalizace

Opruzeniny, stupeň

Kožní defekty

Hematomy

Lupénka

Medikace vč. dávkování

Výpis diagnóz a jiné údaje

Dne

.....
Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

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