



## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o umístění do Domova pro seniory Dobřichovice

### Žadatel/ka:

Jméno.....Příjmení.....Titul.....

Datum narození: .....Zdravotní pojišťovna:.....

Místo trvalého bydliště .....

### Pohlaví:

žena  muž  jiné

### Diagnóza:

### Dieta č.:

### Alergie:

### Základní péče a hygienická opatření:

plně soběstačný;  částečně soběstačný;  obsáhlá základní péče

### Soběstačnost při chůzi:

bez pomoci;  s pomocí druhé osoby;  s holí/chodítkem;  na vozíku;  imobilní

Inkontinence moči:  občasná;  v noci;  trvale;  není

Inkontinentní pomůcky: :  žádné;  pleny;  plenkové kalhotky;  natahovací kalhotky;  vložky;

permanentní močový katetr

Časová a místní orientace:  plně orientován;  lehké časové a místní orientační obtíže (zapomnětlivost);

dezorientován bez agresivních projevů (lze zajistit pobyt na otevřeném oddělení);  těžce dezorientován -  
s účinkem na okolí

Denní rytmus:  normální (bez léků);  občasná nespavost;  spánek po užití léků;  trvalá nespavost;

narušený denní rytmus;  trvalý neklid;  apatie



**Domov pro seniory Dobřichovice**

Brunšov 365, 252 31 Všenory

tel.: 257 712 194, 257 712 135, fax: 257 711 166

[info@domovdobrichovice.cz](mailto:info@domovdobrichovice.cz) , [www.domovdobrichovice.cz](http://www.domovdobrichovice.cz)

**Ošetrovatelská péče:**  žádná potřeba pomoci;  nutná příprava a podání léků vč. dozoru nad jejich užitím;

stále intenzivní ošetrovatelské úkony (převazy, aplikace injekcí, ošetrovatelská rehabilitace)

**Strava:**  plná samostatnost;  částečná samostatnost;  nutno krmit

**Chronické rány (dekubity, bérkové vředy) :**

ANO - lokalizace a velikost.....

NE

**Je žadatel/ka pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?**

ANO, jaké ZZ

.....

NE

**Psychický stav (psychózy a psychické poruchy, při nichž klient může ohrozit sebe i druhé, (popř. projevy**

**narušující kolektiv):**.....

.....

**Objektivní nálezy:**

Infekční a parazitární choroby, MRSA

ANO

NE

Tuberkulóza

ANO

NE

Pohlavní choroby

ANO



**Domov pro seniory Dobřichovice**

Brunšov 365, 252 31 Všenory

tel.: 257 712 194, 257 712 135, fax: 257 711 166

[info@domovdobrichovice.cz](mailto:info@domovdobrichovice.cz) , [www.domovdobrichovice.cz](http://www.domovdobrichovice.cz)

NE

Závislostní chování alkoholismus, toxikomanie, nikotinismus

ANO

NE

Jiné.....

**Smyslové a komunikační poruchy klienta/ky:**

porucha zraku

ANO.....

NE

porucha sluchu

ANO.....

NE

porucha komunikace (afázie, dysartrie apod.)

ANO.....

NE

Jiné.....

**Doporučuji pobyt ve Vašem zařízení- Domov pro seniory běžného typu ve 3 - 4 lůžkových pokojích:**

ANO

NE

**Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele/ky nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.**



**Domov pro seniory Dobřichovice**

Brunšov 365, 252 31 Všenory

tel.: 257 712 194, 257 712 135, fax: 257 711 166

[info@domovdobrichovice.cz](mailto:info@domovdobrichovice.cz) , [www.domovdobrichovice.cz](http://www.domovdobrichovice.cz)

---

V..... dne.....

---

jméno lékaře, podpis, telefon, razítko zařízení

### **SOUHLAS ŽADATELE/KY (OPATROVNÍKA)**

Žadatel/ka (opatrovník) souhlasí se shromažďováním, používáním a uchováváním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro účely sociální a zdravotní péče v souladu s Obecným nařízením Evropské unie (EU) na ochranu osobních údajů a se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k účelu jejich zpracování. Údaje budou zpřístupněny jen odpovědným pracovníkům pověřeným k nakládání s nimi ředitelem poskytovatele.

V..... dne.....

---

podpis žadatele/ky (opatrovníka)