

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

o zdravotním stavu žadatele o  
umístění do

Domova pro seniory Bukov,  
příspěvková organizace

**NEDÍLNÁ SOUČÁST****ŽÁDOSTI**

DOMOV PRO SENIORY  
BUKOV  
příspěvková organizace

Zdravotní pojišťovna žadatele

Číslo pojištěnce

**Žadatel:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo: \_\_\_\_\_

Bytem:

Ulice: \_\_\_\_\_

číslo popisné/orientační: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

PŠČ: \_\_\_\_\_

**Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):****Objektivní nález:****Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, onemocnění demencí – stupeň):****Diagnóza (česky)**statistická značka hlavní choroby  
podle mezinárodního seznamu: \_\_\_\_\_**a) Hlavní:****b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy:****c) Infekční choroby (MRSA, Hepatitida,...):**

Je schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE*
Je upoután trvale – převážně* na lůžko	ANO	NE*
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE*
Inkontinence – trvale	ANO	NE*
– občas	ANO	NE*
– v noci	ANO	NE*
Potřebuje lékařské ošetření – trvale	ANO	NE*
- občas	ANO	NE*
Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní atp.)*	ANO	NE*
Potřebuje zvláštní péči – jakou:		
Pobírá příspěvek na péči:	ANO	NE*
Držitel průkazu:	TP	ZTP      ZTP/P*
<b>Očkování:</b>		
Tetanus	ANO – datum _____	NE*
Pneumokok	ANO – datum _____	NE*
COVID-19 (SARS-CoV-2)	ANO – datum _____	NE*
<b>Jiné údaje:</b>		
Dne: _____		
razítko a podpis ošetřujícího lékaře		
<b>Vyjádření smluvního lékaře Domova pro seniory Bukov, příspěvková organizace</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domovy pro seniory*</li> <li>- Domovy pro osoby se zdravotním postižením*</li> </ul>		
Dne: _____		
razítko a podpis smluvního lékaře		

**\*) nehodící se škrtněte**