

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 pojištění _____ _____		
Žadatel: Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____ Místo: _____ Bytem: Ulice: _____ číslo popisné/orientační: _____ Město: _____ PSČ: _____				
Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): 				
Objektivní nález: 				
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, onemocnění demencí – stupeň): 				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Diagnóza (česky) a) Hlavní: b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy: c) Infekční choroby (MRSA, Hepatitida,...): </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu: _____ </td> </tr> </table>			Diagnóza (česky) a) Hlavní: b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy: c) Infekční choroby (MRSA, Hepatitida,...): 	statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu: _____
Diagnóza (česky) a) Hlavní: b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy: c) Infekční choroby (MRSA, Hepatitida,...): 	statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu: _____ 			

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*

Očkování:		
Tetanus	ANO – datum_____	NE*
Pneumokok	ANO – datum_____	NE*
COVID-19 (SARS-CoV-2)	ANO – datum_____	NE*

Jiné údaje:	
Dne: _____ razítko a podpis ošetřujícího lékaře	

Vyjádření smluvního lékaře Domova pro seniory Bukov, příspěvková organizace	
- Domovy pro seniory* - Domovy pro osoby se zdravotním postižením*	
Dne: _____ razítko a podpis smluvního lékaře	

*) nehodící se škrtněte