



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO ÚČELY VYHODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU ŽADATELE O CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

(350-FOR-271-2)

Příloha k Žádosti o přijetí k pobytu do Chráněného bydlení v Domově sv. Josefa  
Vyplní praktický lékař žadatele o sociální službu

### 1. Žadatel

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Datum narození:

### 2. Jméno praktického lékaře

Adresa:

Telefon:

### 3. Anamnéza:

**Alergie:**

ANO / NE

**Porucha příjmu potravy a tekutin**

ANO / NE

Doplňující informace:

### 4. Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti a stravování:

Je schopen chůze bez cizí pomoci?

ANO / NE

Používá hole, chodítko, invalidní vozík?

ANO / NE

Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?

ANO / NE

Chodí po schodech?

ANO / NE

Je upoután trvale - převážně na lůžko?

ANO / NE

Je schopen sám sebe obsloužit?

ANO / NE

Potřebuje lékařské ošetření trvale?

ANO / NE

Občas?

ANO / NE

Vstane bez pomoci ze židle?

ANO / NE

Zvedne sám předmět ze země?

ANO / NE



Je schopen se/si sám - najíst	ANO / NE
- vykoupat	ANO / NE
- obléci	ANO / NE
- obout	ANO / NE
- uchopit nádobu s nápojem	ANO / NE
- umýt obličej či ruce	ANO / NE
<b>Inkontinence stolice:</b> ANO / NE	
Doplňující informace:	
<b>Inkontinence moči:</b> ANO / NE	
Způsob vyprazdňování (wc, toaletní židle, PMK):	
<b>5. Duševní stav a závislost na návykových látkách</b> (uveďte prosím projevy narušující možnost kolektivního soužití):	
<b>6. Diagnóza</b> a) hlavní diagnóza  b) ostatní choroby	
<b>7. Potřeba specializované péče</b> (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel navštěvuje)	

Datum:
Razítko a podpis lékaře:

**Informace pro zájemce/žadatele:**

Tento formulář přiložte k Žádosti o poskytování služeb sociální péče a zašlete na adresu:

Domov sv. Josefa  
Sociální pracovnice CHB  
Žireč 1  
544 04 Dvůr Králové nad Labem