



Domov pro seniory Osoblaha, příspěvková organizace, ul. Klášterní 34, 793 99 Osoblaha

tel.: (+420) 725 319 249, e-mail: reditel@dpsosoblaha.cz

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu zájemce o umístění v pobytovém zařízení sociální péče dle §48, §49 a §91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

1. Žadatel

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

2. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

3. Duševní stav - potvrzení lékaře, zda je žadatelem vhodný k umístění v Domově pro seniory Osoblaha, p. o., a zda nenarušuje kolektivní soužití.

4. Diagnóza (česky):

Číslo diagnózy:

a) hlavní

b) diabetes mellitus

☐ ANO

☐ NE

c) ostatní choroby a chorobné stavy

5. Vyjádření lékaře, že je žadatel t. č. bez infekčního onemocnění (např. hepatitida, průjem, úplavice apod.), a že je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen umístění v Domově pro seniory Osoblaha, p. o. Klášterní 34, 793 99 Osoblaha:

6. Vyplňte, prosím, údaje k očkování na základě Vyhlášky č. 537/2006 Sb. (Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem):

Prevenar 13

Tetanus

Covid

Virová Hepatitida B

Chřipka

Jiné

7. Schopnosti a míra soběstačnosti (zakroužkujte správnou odpověď):		
Je schopen sám sebe obsloužit.	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného lékaře, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní, onkologické apod.	ANO	NE
8. Jiné údaje		
Zájemce trpí psychickou poruchou, při níž může ohrozit sebe či okolí.	ANO	NE
Zájemce trpí poruchou chování a agresivními projevy.	ANO	NE
Zájemce je nevidomý nebo slabozraký.	ANO	NE
Zájemce je postižen hluchoslekovou.	ANO	NE
Zájemce je postižen hluchotou.	ANO	NE
Zájemce trpí Alzheimerovou chorobou.	ANO	NE
Potvrzení o bezinfekčnosti <u>budeme požadovat nejdéle 3 dny</u> před příchodem do zařízení.		
V..... dne.....		
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:		