



Certifikován značkou kvality



Lékařský posudek o zdravotním stavu

Základní údaje o poskytovateli sociální služby

| |
|---|
| Název a sídlo organizace: Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice, Bavorská 936, Prachatice 383 01 |
| Kontaktní osoba: vrchní sestra |
| Telefon: +420 384 391 744 |
| E-mail: vrchnisestra@domovseniorupt.cz |
| Webové stránky: www.domovseniorupt.cz |

Údaje o žadateli

| | | |
|--|---------------|--|
| Titul, jméno a příjmení (i rodné) žadatele: | | |
| Rodné číslo: | | |
| Adresa trvalého bydliště: | ulice a č. p. | |
| | město | |
| | PSČ | |

Údaje o zdravotním stavu žadatele

| |
|--|
| Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní): |
| |
| Objektivní nález: |
| |

| | | |
|---|---|--|
| Důležité diagnózy pro příjem do domova seniorů: | | |
| | | |
| Tuberkulóza (TBC): | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| Byly zjištěny v průběhu ošetřování projevy narušující soužití v kolektivu? | | |
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> v současné době bez těchto příznaků |
| Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického zařízení? | | |
| <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - prosíme, uveďte jakého zařízení: | | |
| <input type="checkbox"/> alergologického | <input type="checkbox"/> diabetologického | |
| <input type="checkbox"/> chirurgického | <input type="checkbox"/> interního | |
| <input type="checkbox"/> neurologického | <input type="checkbox"/> ortopedického | |
| <input type="checkbox"/> plicního | <input type="checkbox"/> protialkoholního | |
| <input type="checkbox"/> psychiatrického | <input type="checkbox"/> toxikologického | |
| Ortopedické a kompenzační pomůcky: | | |
| <input type="checkbox"/> brýle | <input type="checkbox"/> naslouchadla | |
| <input type="checkbox"/> inkontinentní pomůcky | <input type="checkbox"/> jiné, uveďte, jaké | |
| Doporučení ošetřujícího lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova seniorů Mistra Křišťana Prachatice: | | |
| | | |
| Datum a razítko zdravotnického zařízení a podpis ošetřujícího lékaře: | | |
| | | |