

Vyjádření ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele

do zařízení soc. služeb Městské správy sociálních služeb Vejprty

Žadatel/ka:

Jméno a příjmení : **Rozený/á:**

Rodné číslo: **Zdravotní pojišťovna:**

Bydliště:

Vyjádření lékaře:

Anamnéza (osobní, rodinná, pracovní, včetně bacilonosičství a pozitivitě na HBsAg, MRSA)

Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení – status localis)

Diagnóza (česky, včetně značky diagnóz dle číselníku Mezinárodní klasifikace nemocí)

a) Hlavní:

b) Ostatní:

Trvalá medikace (včetně dávkování)

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, poslední lékařská zpráva z psychiatrické léčebny, pokud byl žadatel v minulosti hospitalizován)

Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení? (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp., chirurgického a interního, poradny diabetické, sexuologické, protialkoholní apod.). Pokud **ANO**, je vhodné připojit výsledky vyšetření, či doložit aktuální lékařskou zprávu.

Je/byl v minulosti žadatel závislý na návykových látkách? (alkohol, drogy – napište na kterých, popřípadě zda se léčil ze závislosti)

Nevhodné chování vůči okolí (fyzické útoky, vulgarita apod.)

Alergie (lékové a jiné např. rostliny, zvířata, bodnutí hmyzem, prach, potraviny apod.)

Očkování (Tetanus, Pneumo, Chřipka, Žloutenka – datum provedeného očkování)

COVID-19 (testování, prodělání nemoci, očkování)

Popis rtg. snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu. Výsledky vyšetření na bacilonosičství – pokud je indikováno.

Jiná důležitá sdělení

Inkontinence ANO – NE

Přiznaný stupeň inkontinence

Používané pomůcky (vložky, pleny, jiné)

Datum:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře: