

**VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO DOMOVA  
O ZDRAVOTNÍM STAVU OSOBY, KTERÁ ŽÁDÁ O POSKYTNUTÍ  
POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ U SPASITELE**

Jméno, příjmení, titul žadatele:
Datum narození:
Trvalé bydliště:
Rodné číslo:
Zdravotní pojišťovna:
Diagnóza hlavní:
Ostatní choroby nebo chorobné stavy:
Anamnéza (OA, RA, abúzus):
Objektivní nález (při onemocnění pohybového ústrojí popište rozsah omezení):
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):
Stav kognitivních funkcí (demence):
Psychiatrická léčba – ANO – NE
Jméno psychiatra:

# DOMOV U SPASITELE středisko Husitské diakonie

Máchova 650, 464 01 Frýdlant, tel. 482 312 376, e-mail: [info@dspasitel.cz](mailto:info@dspasitel.cz)

IČ: 73632791, č. účtu: 981590369/0800 ČS a.s., pobočka Frýdlant

Je schopen/a chůze bez cizí pomoci: ANO – NE*)
Je upoután/a trvale – převážně na lůžku – ANO – NE
Je schopen/a sám/a sebe obsloužit? ANO – NE
Je schopen/a najíst se sám/a? ANO – NE
Inkontinence: trvale – ANO – NE občas – ANO – NE v noci – ANO - NE
Orientace: místem: ANO – ČÁSTEČNĚ - NE časem: ANO – ČÁSTEČNĚ – NE osobou: ANO – ČÁSTEČNĚ – NE
Potřebuje lékařské ošetření: trvale – ANO – NE občas – ANO - NE
Infekční onemocnění:
Zvláštní péče (PEG, dieta):
Alergie:
Aktuální medikace:
Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby:

Doporučuji využívání služeb v pobytovém zařízení DOMOV U SPASITELE – v DOMOVĚ pro seniory.

Dne:

Podpis a razítko praktického (ošetřujícího) lékaře:

\*1) nehodící se škrtněte