

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

Zdravotní pojišťovna: ..... Rodné číslo žadatele: .....

1. Žadatel: .....  
příjmení (rodné jméno)                      jméno                      titul

Narozen: .....  
den, měsíc, rok                                      místo

Bydliště: .....  
místo                      ulice                      číslo                      okres

.....  
pošta                                      směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status praesens localis)

4. Duševní stav (popř. Projevy narušující kolektivní soužití)

5. Diagnóza (česky):

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

c) alergie

Statistická značka hlavní choroby  
podle mezinárodního seznamu

<b>6. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti</b>					
Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE	*)	
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko		ANO	NE	*)	
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE	*)	
Pomočuje se	trvale	ANO	NE	*)	
	občas	ANO	NE	*)	
	v noci	ANO	NE	*)	
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE	*)	
	občas	ANO	NE	*)	
Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní, onkologické apod.		ANO	NE	*)	
Potřebuje zvláštní péči (každodenní zvláštní režim)		ANO	NE	*)	
Potřebuje stálou ošetrovatelskou péči		ANO	NE	*)	
Jakou péči – popis:					
<b>7. Jiné údaje:</b>					
Uchazeč trpí psychiatrickým onemocněním		ANO	NE	*)	
Uchazeč má Alzheimerovu nemoc, trpí stařeckou demen.		ANO	NE	*)	
Uchazeč je závislý na návykových látkách nebo alkoholu		ANO	NE	*)	
Uchazeč je osobou s onkolog. onemoc. v akutním stádiu		ANO	NE	*)	
Uchazeč je nositelem infekčního onemocnění v akut.stád		ANO	NE	*)	
Uchazeč potřebuje výživu gastrickou sondou, jinou pom.		ANO	NE	*)	
Uchazeč vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení		ANO	NE	*)	
Uchazeč je tělesně hendikepovaný		ANO	NE	*)	
<b>8. Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do zařízení.</b>					
Vyjádření lékaře před nástupem do zařízení nesmí být starší 6 měsíců.					
V ..... dne .....					
..... razítko a podpis registrujícího praktického lékaře					

\*) nehodící se škrtněte