



Sociální služby města Moravská Třebová

Svitavská 308/8, 571 01 Moravská Třebová, IČ: 00194263

Tel.: 461318252 e-mail: soc.sluzby@ddmt.cz ID DS: 7ksq6x6

www.ddmt.cz

Lékařský posudek

Pro přijetí žadatele do zařízení pobytové sociální služby:

domov pro seniory

domov se zvláštním režimem

Lékařský posudek slouží ke zhodnocení zdravotního stavu žadatele o sociální službu za účelem zhodnocení důvodů, které opravňují poskytovatele k uzavření či neuzavření smlouvy o poskytování sociální služby

Žadatel:				
příjmení (u žen také rodné jméno)		jméno		
narozen	den, měsíc, rok		místo	
bydliště	místo	ulice	číslo	okres
	pošta	směrovací číslo		
Zdravotní pojišťovna:				
Jméno a adresa praktického lékaře:				
Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):				
Objektivní nález:				
Psychický stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, přítomnost demence nebo deprese):				
Abusus návykových látek, psychofarmak:				
Diagnóza (česky):				
a) hlavní				
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy				
Statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu:				

Aktuální medikace:**Přílohy:**

a) **popis rtg snímku plic mladší jednoho roku.** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo rovněž vyjádření příslušného odborného lékaře pro plicní nemoci a tuberkulózu.

b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno:

Další sdělení

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE

Je upoután trvale* – převážně* na lůžko (*nehodící se, škrtněte) ANO NE

Je schopen sám dodržovat léčebný režim (užívat léky...) ANO NE

Inkontinence je přítomna ANO NE

pokud ano stupeň inkontinence:

používané pomůcky:

Je pod dohledem lékaře – specialisty (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, diabetické poradny, onkologické poradny, v protialkoholní léčbě aj.) ANO NE

Pokud ano, prosíme o vyjádření odborného lékaře v příloze.

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Jiné údaje:

očkování: pneumo
TAT
chřipka

Dne _____

_____ podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)

_____ razítko zdravotnického zařízení

Vyjádření lékaře poskytovatele sociální služby:

Dne _____

_____ podpis (jmenovka)