



**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu
žadatele o umístění do DD**
(je součástí žádosti o přijetí)

Žadatel

Příjmení

Jméno

Datum narození

Bydliště

Telefon

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

Objektivní nález

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Diagnóza (česky)

a) hlavní

b) ostatní choroby

Další informace

Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Je upotán trvale - převážně na lůžko		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Pomočuje se	trvale	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	občas	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	v noci	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Potřebuje lékařské ošetření		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Je pod dohledem specializovaného oddělení		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	plicní	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	neurologie	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	psychiatrie	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	ortopedie	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	chirurgie	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	interna	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
	diabetologie	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Jiné - vypište		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Potřebuje zvláštní péči - jakou?

Žadatel dle zdravotní dokumentace splňuje kritéria k přijetí do DD

Žadatel dle zdravotní dokumentace nesplňuje kritéria k přijetí do DD

Dne

.....

MUDr. Martin Řezáč