**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**k zdravotnímu stavu žadatele, k žádosti o poskytování sociálních služeb**

|  |
| --- |
| **ŽADATEL****rodné číslo …………………………………. zdravotní pojišťovna ………………………..****jméno a příjmení ……………………………………………………………………………...****datum narození ……………………………****bydliště ………………………………………………………………………………………...** |

|  |
| --- |
| **ANAMNÉZA** *(rodinná, osobní, pracovní)* |

|  |
| --- |
| **OBJEKTIVNÍ NÁLEZ** *(status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)* |

|  |
| --- |
| **DUŠEVNÍ STAV** *(popřípadě projevy narušující kolektivní soužití, potřeba specifické péče**vyplývající z Alzheimerovy demence či demence jiného typu nebo jiného duševního**onemocnění či poruchy)* |

|  |
| --- |
| **DIAGNOSTICKÝ SOUHRN** |
| **MEDIKACE A DÁVKOVÁNÍ** |

|  |
| --- |
| **Pravidelné odborné kontroly, poslední sledované laboratorní výsledky:** |

|  |
| --- |
| **Stav vědomí:** |

|  |
| --- |
| **CELKOVÝ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ SCHOPNOSTÍ ŽADATELE****je schopen chůze:** *bez cizí pomoci s doprovodem s holí s chodítkem neschopen chůze***je upoután na lůžko:** *trvale přechodně nutné polohování antidekubiitní podložky***je schopen sebeobsluhy:** *zcela částečně není soběstačný***inkontinentia urinae:** *ano ne částečně* **inkontinentia alvi:** *ano ne***je psychicky:** *zcela orientován částečně orientován desorientován neklidný depresivní***soužití v klolektivu:** *je schopen není schopen***druh diety: alergie:****potřebuje zvláštní péči:** *jakou?* |

|  |
| --- |
| **JINÉ ÚDAJE**Porucha kožní integrity: *ano ne Specifikace:* |

|  |
| --- |
| **PŘÍLOHY**a) popis rtg snímku plic. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo vyjádřeníúzemně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu.b) výsledky vyšetření na bacilonosičstvíc) podle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.chirurgického a interního, popř. laboratorní vyšetření. |

**Datum:…………………… ………………………………………...**

 razítko a podpis praktického lékaře