

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

### 1. Žadatel / žadatelka:

Jméno, příjmení: .....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt: .....

..... Zdravotní pojišťovna: .....

### 2. Anamnéza (rodinná, osobní; údaje o případné TBC, bacilonosičství, pozitivně HbsAg):

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

### 4. Diagnóza (česky):

a) *Základní*

b) *Ostatní choroby nebo chorobné stavy*

**5. Duševní stav** (popřípadě projevy narušující kolektivní soužití):

**6. Je léčen nebo sledován na specializovaném oddělení zdravotnického zařízení** (např. plicního, neurologického, kardiologického apod.):

**7. Je závislý na návykových látkách:**

**8. Soběstačnost** (nehodící se škrtněte):

- |   |     |                  |
|---|-----|------------------|
| <b>a) Je schopen chůze bez cizí pomoci:</b> | ANO | NE               |
| <b>b) Je trvale upoután na lůžko:</b>       | ANO | NE               |
| <b>c) Je schopen sám sebe obsloužit:</b>    | ANO | NE               |
| <b>d) Inkontinence moči</b>                 | ANO | NE; stupeň ..... |
| <b>e) Inkontinence stolice</b>              | ANO | NE               |
| <b>f) Potřebuje zvláštní péči?</b>          | ANO | NE               |
- jakou .....

**9. Orientace** (nehodící se škrtněte):

- |                  |     |    |
|------------------|-----|----|
| <b>a) místem</b> | ANO | NE |
| <b>b) časem</b>  | ANO | NE |
| <b>c) osobou</b> | ANO | NE |

**10. Jiné důležité údaje** (např. osoba s poruchou zraku, sluchu, řeči; nosí brýle, naslouchadla, popř. používá jiné kompenzační pomůcky):

**Dne:**

**Razítko a podpis lékaře:**