

POSUDEK OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

o poskytnutí pobytové sociální služby

Centra sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10 se sídlem Sámova 7, Praha 10 – Vršovice

Povinná příloha k žádosti o poskytování pobytové sociální služby

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	

DIAGNÓZY (včetně číselné klasifikace):

ALERGIE:

DIETA:

POTŘEBA SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

(např. plicní, neurologické, psychiatrické, ortopedické resp. chirurgické, urologické, interní, diabetologické, kardiologické, dermatologické, rehabilitační, onkologické apod.):

NE

ANO – jaké a jak často?

DUŠEVNÍ STAV ŽADATELE

Trpí nějakým typem demence:

NE

ANO - stupeň závažnosti demence: mírná středně těžká těžká

Je orientován místem: ano částečně ne

časem: ano částečně ne

osobou: ano částečně ne

Návyk na alkohol:

ANO NE

Návyk na léky:

ANO NE

Agresivita:

ANO NE občas

SEZNAM A DÁVKOVÁNÍ LÉKŮ KE DNI NÁSTUPU

OČKOVÁNÍ

Tetanus:

ANO v roce..... NE

Pneumokok:

ANO v roce..... NE

Další očkování:

DALŠÍ ÚDAJE

Noční aktivita:

- ANO NE občas

Projevy narušující kolektivní soužití:

- NE
 ANO – jaké a jak často?
-
-
-

Defekty kůže:

- NE
 ANO – popis:
-
-

Trpí osoba akutní infekční nemocí, která by vylučovala pobyt osoby v zařízení sociálních služeb:

- ANO NE

TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRÁZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do pobytové sociální služby Centra sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10 a jsem si vědom/a, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se žadatelem.

Datum:

.....

podpis a razítko ošetřujícího lékaře