

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO SeniorCentra Šanov

Jméno a příjmení žadatele, titul	
Adresa trvalého bydliště	
Datum narození (den, měsíc, rok)	
Zdravotní pojišťovna	
Jméno praktického lékaře (kontakt)	
Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, abúzus) Lze nahradit lékařskou zprávou	
Poslední medikace	
Mobilita	<input type="checkbox"/> Mobilní <input type="checkbox"/> Částečně mobilní (vycházková hůl, fr. hůl, chodítko...) <input type="checkbox"/> Zcela imobilní

U všech osobních označení platí zvolený formulář pro všechna pohlaví.

Kontinence	<input type="checkbox"/> Kontinentní <input type="checkbox"/> Inkontinentní Používané inko-pomůcky: Datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek:
Stav kognitivních funkcí	<input type="checkbox"/> Bez kognitivní poruchy <input type="checkbox"/> Lehký kognitivní deficit <input type="checkbox"/> Demence <input type="checkbox"/> Výsledek MMSE:
Dekubity	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (popis):
Očkování (datum)	<input type="checkbox"/> TAT: <input type="checkbox"/> PNEUMO: <input type="checkbox"/> COVID – 19: <input type="checkbox"/> Jiné:
Infekční onemocnění	
Zvláštní péče (PEG, dieta...)	

U všech osobních označení platí zvolený formulář pro všechna pohlaví.

Diagnostický souhrn	
Žadatel je v péči odborného lékaře/lékařů (jméno, adresa, odbornost, telefon)	

Poznámky

Datum:

Razítko a podpis lékaře: