

**Potvrzení lékaře o zdravotním stavu  
žadatele o umístění do Domova pro seniory Marie/ o poskytnutí odlehčovací  
pobytové služby**

**Základní údaje**

**Jméno a příjmení žadatele**

**Datum narození a rodné číslo**

**Adresa, na které se zdržuje:  
Zdravotní pojišťovna:**

**Anamnéza**

**RA:**

**OA:**

**Objektivní nález**

**Celkový stav, druhy postižení**

**Duševní stav a projevy narušující soužití**

Duševní stav **vyklučuje – nevyklučuje** pobyt v samostatném pokoji bez nepřetržitého dohledu –  
zakroužkujte vybranou možnost.

**Diagnóza**

**hlavní:**

**přidružené choroby:**

**Očkování****TAT:****Jiná důležitá pro pobyt:****Dohled specialistů****Přílohy: Výsledky vyšetření, které mají vliv na ošetrovatelskou péči po dobu pobytu****Mobilita, sebeobsluha, stravování, kontinence****Stav chůze:** zakroužkujte zvolenou možnost

sám, s holí, francouzské hole, chodítko, vysoké chodítko, vozík, imobilní trvale na lůžku

**Sebeobsluha:** zakroužkujte zvolenou možnost

základní hygiena sám, s dohledem, celková péče

**Příjem potravy:**

nemá žádná omezení, dieta č:....., speciální úprava stravy uveďte:

**Kontinence** – zakroužkujte zvolenou možnostkontinentní, pomůcky jen v noci, pomůcky přes den, pomůcky trvale  
inkontinence moči, stolice**Jiná důležitá sdělení:****Údaje o ošetřujícím lékaři****Jméno a příjmení:****Adresa ordinace:****Telefonické spojení****Ordinační hodiny:****Prohlášení ošetřujícího lékaře**

Svým podpisem potvrzuji spolupráci s ošetrovatelským personálem Domova pro seniory Marie pro dobu, po kterou bude osoba v mé registraci

**Datum vystavení:****Razítko a podpis lékaře:**