



OŠETŘOVATELSKÝ DOMOV PRAHA 3
Domov pro seniory a odlehčovací služby
Habrová 2654/2
Pod lipami 2570/44
130 00 Praha 3

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele – domov pro seniory

INFORMACE O ŽADATELI	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	

!Upozornění!

Vzhledem k tomu, že v OŠD Praha 3 není lékař trvale přítomen, je nutné, aby byl žadatel při příchodu do zařízení vybaven léky, které pravidelně užívá, rovněž je nezbytné zajistit jejich doplnění dle potřeby. Při změně zdravotního stavu je třeba konzultovat s vedoucí sestrou OŠD Praha 3, zda je možný příjem, či nikoliv.

V případě, že tak nebude učiněno, nebo pokud bude významná informace zamlčena, OŠD Praha 3 si vyhrazuje právo žadatele nepřijmout.

Prosím vyplňte:

Kód diagnózy	Diagnóza

schopnost chůze bez cizí pomoci	ANO		NE	
žadatel je upoután trvale na lůžko	ANO		NE	
žadatel je schopen sám se obsloužit	ANO		NE	
inkontinence moči	ANO		NE	
inkontinence stolice	ANO		NE	
typ inkontinenčních pomůcek				
psychický stav				
demence	ANO		NE	
kožní defekty	ne	dekubity	bércové vředy	jiné:

Užívané léky

Název	Dávkování	Název	Dávkování

Je žadatel léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu? **ANO** - **NE**

Pokud ano- pro jaké: _____

Je žadatel léčen nebo sledován pro tuberkulózu? **ANO** - **NE**

Pokud ano- v jakém stádiu, v jaké formě a kým je sledován:

Další zvláštní upozornění, které by měl vědět personál OŠD Praha 3 (nějaký závažný nález):

Kontraindikace přijetí:

- a) psychózy, psychické poruchy a demence znemožňující soužití v kolektivu, dezorientace v prostoru – bloudivost a stavy vyžadující pobyt v zařízení se zvláštním režimem
- b) Alzheimerova choroba
- c) TBC, pohlavní choroby, infekční a parazitární choroby
- d) chronický alkoholismus, toxikománie

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. Ustanovené podle §119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

**Doporučuji využívání služeb v Ošetřovatelském domově Praha 3-
Domově pro seniory**

(datum)

(jméno lékaře)

(razítko a podpis lékaře)

Pozn.: Pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení, prosíme o přiložení aktuální lékařské zprávy.