

Zdravotní záznam

žadatele o přechodný pobyt na sociálně ošetrovatelské jednotce CSOP Praha 15, Parnská 390
příloha žádosti

1. Žadatel příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno narozen R.Č..... Poj..... den, měsíc, rok			
2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):			
3. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):			
4. Trpí žadatel demencí?	ANO	Typ demence:	Stupeň:
NE			
5. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?	ANO	Jaké :	
NE			
6. Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
Alergie :			
Dieta :			

7. Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Používá kompenzační pomůcky:	hole invalidní vozík		chodítko
Sluch:	normální nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší sluchadlo
Zrak:	normální zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
Je upoután trvale – převážně * na lůžko		ANO	NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle		ANO	NE
Je schopen sám se najíst, napít		ANO	NE
Inkontinence	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Používá WC křeslo u lůžka		ANO	NE
Defekty kůže: ANO dekubity (stupeň, lokalizace)			
	opruzeniny		
	jiné		
NE			
10. Jiné údaje - prosíme o výpis diagnóz:			
11. Medikace vč. dávkování :			
Dne V razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)	

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.