

Zdravotní záznam

žadatele o pobyt v Odlehčovací pobytové službě CSOP Praha 15, Parnská 390

Žadatel
jméno a příjmení

Narozen RČ Zdrav.poj.
den, měsíc, rok

Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti mobilita, schopnost sebeobsluhy atd., případně délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení)

Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)

Trpí žadatel demencí *prosím, označte odpovídající odpověď*

NE

ANO, typ demence Stupeň

Trpí žadatel, případně trpěl závislostí

Ne

ANO, jakou

Potřebuje žadatel lékařské ošetření trvalé NE ANO

občas NE ANO

Kardiostimulátor NE ANO

Alergie NE ANO a jaké

Dieta NE ANO a jaká

Kontroly u specialisty NE ANO a jaké

