

Zdravotní záznam

žadatele o pobyt v Domově se zvláštním režimem 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 <input type="checkbox"/> <i>prosím, označte odpovídající odpověď</i> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, typ demence Stupeň
Trpí žadatel, případně trpěl závislostí <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> ANO, jakou
Potřebuje žadatel lékařské ošetření trvalé <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO občas <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Kardiostimulátor <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Alergie <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké
Dieta <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaká
Kontroly u specialisty <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké

Žadatel je schopen chůze bez cizí pomoci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Používá kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> invalidní křeslo Upoután na lůžko <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Schopen polohy v sedě, v křesle <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Sluch <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nedoslýchá <input type="checkbox"/> zbytky sluchu <input type="checkbox"/> neslyší <input type="checkbox"/> sluchadlo
Zrak <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidomý
Schopen se sám najíst, napít <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Zubní protéza <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Inkontinence trvalá <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO částečná <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO v noci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO toaleta u lůžka <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Defekty kůže <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Dekubity, stupeň lokalizace..... Opruzeniny, stupeň Kožní defekty Hematomy Lupénka Očkování: datum posledního očkování proti pneumokokovým nákazám: datum očkování proti tetanu: jiné očkování:
Medikace vč. dávkování
Výpis diagnóz a jiné údaje
Dne Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

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