



DOMOV PRO SENIORY A ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Arnoltice 100, 407 14 Arnoltice u Děčína
provozovna: Škroupova 302/17, 405 02 Děčín II
Tel.: 474 524 025 Mob.: 733 553 043
E-mail: valerie@valerie-homecare.cz
www.valerie-homecare.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU

ŽADATELE O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

**) vyplní žadatel*

Jméno a příjmení	
Rodné příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	

**) vyplní praktický lékař (u kterého je žadatel registrován)*

Anamnéza
Alergie
Duševní stav (popř. orientace v prostoru a čase, o vlastní osobě projevy narušující kolektivní soužití)

Diagnóza (česky)**Soběstačnost****Chůze bez cizí pomoci**

ANO

NE

Trvalé upoutání na lůžko

ANO

NE

Inkontinence - defekace

ANO

NE

TRVALE

OBČAS

V NOCI

Dohled specializovaného zařízení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, urologického)**Poslední kontroly specializovaného zařízení****Další plánované kontroly specializovaného zařízení****Potřebná zvláštní péče**

Medikace, rozpis užívání léků a jejich DÁVKOVÁNÍ**Používání pomůcek (např. naslouchadlo apod.)****Další doplňující údaje**

**) vyplní žadatel*

Souhlas žadatele s nahlížením do zdravotní dokumentace

Já,....., souhlasím s tím, aby zaměstnanci Valerie-Homecare, s.r.o. mohli nahlížet do mé zdravotní dokumentace a byly jim poskytnuty potřebné informace z Vyjádření lékaře o zdravotním stavu, které jsem převzal/a.

Dne, podpis.....

V dne

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře