



ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Vyplní praktický lékař, u kterého je žadatel evidován

Jméno a příjmení lékaře:

Telefon:

Adresa:

PSČ: IČZ:

Jméno a příjmení klienta:

Telefon:

Adresa:

PSČ: RČ:

Anamnéza:

Sociální anamnéza ve zkratce:

Operace:

Úrazy:

Hospitalizace v posledních 2 letech:

Alergie:



Užívané léky:

Název	Dávkování

Inkontinence: moči stolice SKP stupeň inkontinence

Předepisované inkontinentní pomůcky:

Denní – typ:

Noční – typ:

Mentální stav: dobrý
demence: lehká středně těžká těžká

Kožní defekty: dekubity bércové vředy jiné

(jaké).....
.....

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál (zejména sdělení o případné pozitivě u chronických hepatitid, eventuálně jiný závažný nález):

.....
.....
.....
.....



Objevuje se u klienta některé z uvedených onemocnění – zaškrtněte a uveďte detaily:

- a) psychózy a psych. poruchy znemožňující soužití v kolektivu, dezorientace v prostoru, bloudivost.
- b) TBC, pohlavní choroby, infekční a parazitární choroby
- c) chronický alkoholismus, toxikomanie

Závěr:

Kód diagnózy	Diagnóza

Doporučení:

Dieta: DM PEG SIPPING

Potřeba rehabilitace: ano ne

Pozn.:

Ostatní doporučení:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Pokud se rozhodneme klienta přijmout, bude v den přijetí nutné dodat zdravotní dokumentaci nebo její kompletní výpis.

Datum:

.....
Jméno a příjmení praktického lékaře

razítko

Upozornění:

Je nutné, aby byl žadatel při příchodu vybaven léky a inkontinenčními pomůckami, které pravidelně používá na dobu přibližně čtrnácti dní.

Při změně zdravotního stavu je třeba konzultovat se sociální pracovníci, zda je příjem možný.

Pokud tak nebude učiněno nebo bude – li nějaká významná informace zamlčena, je Domov Vitalita oprávněn klienta nepřijmout.