



**Domov pro seniory Severní Terasa**

příspěvková organizace

V Klidu 3133/12, 400 11 Ústí nad Labem

telefon: 472 775 577, fax: 472 776 089

IČ: 44555326 DIČ: CZ 44555326

[ddst@ddst.cz](mailto:ddst@ddst.cz) [www.ddst.cz](http://www.ddst.cz) ID DS f4cgyiu

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do Domova pro seniory Severní Terasa,  
příspěvková organizace**

Jméno a příjmení: .....

Rodné příjmení: ..... Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

A: Anamnéza (osobní, pracovní)

B: Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení status localis)

C: Diagnóza (souhrn diagnóz, vč. označení dle MKN)

D: Duševní stav

E: Je v péči odborného lékaře (např. kardiolog, diabetolog, psychiatr, neurolog)? (Je vhodné připojit výsledky vyšetření)

F: Absolvovaná očkování

Virová hepatitida typu B ANO NE

Pneumokok ANO NE

Chřipka ANO NE Datum:

Tetanus ANO NE Datum:

Jiné:

## G: Alergie

Je zjištěn návyk na alkohol?

Projevy narušující kolektivní soužití?

Je orientovaný?	osobou	ano	částečně	ne
	místem	ano	částečně	ne
	časem	ano	částečně	ne

Jsou zjištěny projevy agresivity?

Noční aktivita?

Jiné důležité údaje (např. dietní režim, PEG, alergie na potraviny atd, není-li uvedeno výše, nebo doplnění výše uvedených skutečností)

V případě onemocnění hrudních orgánů přiložte i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu. V případě bacilonosičství – výsledky vyšetření pokud je indikováno.

Najedení, napití	sám	s pomocí	neprovede
Oblékání	sám	s pomocí	neprovede
Osobní hygiena	sám	s pomocí	neprovede
Koupání	sám	s pomocí	neprovede
Použití WC	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po schodech	sám	s pomocí	neprovede
Chůze po rovině	sám	s pomocí	neprovede
Přesun lůžko, židle	sám	s pomocí	neprovede
Kontinence moči	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
Kontinence stolice	kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní

Je schopen užívat léky sám? (včetně aplikace inzulínu apod.)

Dohled jiné osoby, v čem?

Držitel průkazu	ZP	ZTP	ZTP/P
-----------------	----	-----	-------

Jiné důležité údaje k soběstačnosti:

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře