



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO DOMU U AGÁTY

Jméno a příjmení žadatele

Titul

Datum narození (den, měsíc, rok)

Zdravotní pojišťovna

Adresa trvalého bydliště

Jméno praktického lékaře (kontakt)

Anamnéza (RA, OA, váha, výška, operace, úrazy, abúzus)

Diagnostický souhrn (Ize nahradit lékařskou zprávou)

Chronická medikace, dávkování



Mobilita

- Mobilní
- Částečně mobilní (vycházková hůl, fr. hůl, chodítko...)
- Zcela imobilní

Kontinence

- Kontinentní
- Inkontinentní

Používané inkontinenční pomůcky:

Datum poslední preskripce inkontinenčních pomůcek i savých podložek:

Stav kognitivních funkcí

- Bez kognitivní poruchy
- Lehký kognitivní deficit
- Demence
- Výsledek MMSE:



Dekubity

Ne

Ano (popis):

Očkování (datum)

TAT:

PNEUMO:

Jiné:

Zvláštní péče (PEG, dieta...)

Žadatel je v péči odborného lékaře/lékařů (jméno, adresa, odbornost, telefon)

Datum:

Razítko a podpis lékaře: