**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**k žádosti o přijetí do Domova Magnolie**

|  |
| --- |
| ***\*1******Žadatel/ka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *jméno, příjmení (popř. rodné příjmení)* ***Narozen/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *den, měsíc, rok****Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *ulice, č.p., obec, část obce, PSČ\_* |
| ***Diagnóza*** *(slovy a čísly):**Základní:**Ostatní:* |
| ***Současná terapie*** *(vypište veškerou medikaci včetně aktuálního dávkování):* |
| ***Duševní stav****:* |
| ***Zpráva o stavu kůže*** *(může provést i praktický lékař):* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Hodící se zakroužkujte:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je schopen/na chůze bez cizí pomoci | ano | ne |
| Je upoután/a trvale – převážně na lůžko | ano | ne |
| Schopnost vydržet v sedě |  | ano | ne |
| Inkontinence | ano | ne |
| Orientace časem | ano | ne |
| Orientace místem | ano | ne |
| Orientace osobou | ano | ne |
| Ztráta paměťových schopností | ano | ne |
| Částečná ztráta paměťových schopností | ano | ne |

 |
| ***Vakcinace proti pneumokokům a proti tetanu:*** *Ano (datum):* *Ne* |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lehká | středně těžká | těžká |

 ***Stupeň demence:***  |
| ***Potřebuje zvláštní péči – jakou:*** |
| ***Jiné údaje:******Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *razítko a podpis vyšetřujícího lékaře* |

\*1vyjádření lékaře nemusí být nutně na tomto tiskopise, nicméně musí obsahovat všechny náležitosti.

V PŘÍPADĚ, ŽE DOCHÁZÍTE I K JINÉMU ODBORNÉMU LÉKAŘI (PSYCHIATR/NEUROLOG), PROSÍME O PŘILOŽENÍ I TĚCHTO LÉKAŘSKÝCH ZPRÁV.