**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.