VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O POBYTOVOU ODLEHČOVACÍ SLUŽBU

K žádosti prosím přiložte aktuální lékařskou zprávu a vyplněný formulář DP06 potvrzený ošetřujícím lékařem.

Poskytovatel pobytové odlehčovací služby:

Dětská odborná léčebna Charlotty G. Masarykové, pobočný spolek ČČK

Adresa: Bukovany 1, 262 72 Březnice

I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Jméno a příjmení klienta: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

Rodné číslo: .....

Kontaktní osoba / zákonný zástupce (jméno a příjmení, vztah ke klientovi):
.....

Telefonní číslo zákonného zástupce: .....

II. ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA

1. Diagnózy a onemocnění:

- Primární diagnóza: .....
- Další zdravotní problémy (všechny známé diagnózy, chronické nemoci, alergie apod.):
  .....
  .....
  .....
  .....

2. Pohybové schopnosti:

- Schopnost samostatného pohybu: ANO / NE
- Použití kompenzačních pomůcek (např. vozík, chodítko): ANO/NE
  Upřesněte: .....

3. Smyslové postižení:

- Sluch (normální/postižený – upřesněte stupeň): …….
- Zrak (normální/postižený – upřesněte stupeň): …….

4. Alergie: ANO / NE

- Upřesněte: ……
  ……

5. Medikace:

- Užívá klient pravidelnou medikaci: ANO / NE
- Seznam léků a dávkování (uveďte název léku, dávku a čas podávání):
  ……
  ……
  ……

6. Stravovací omezení:

Specifická dietní omezení: ANO / NE
Upřesněte: ……

7. Zdravotní pomůcky a vybavení:

- Používá klient nějaké zdravotní pomůcky ANO / NE
  Upřesněte: ……

8. Spadá žadatel svou diagnózou do cílové skupiny osob s mentálním nebo kombinovaným postižením: ANO / NE

9. Vyskytuje se u uživatele akutní infekční onemocnění: ANO /NE

10. Vyžaduje současný zdravotní stav žadatele poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení: ANO / NE

11. Trpí žadatel duševní poruchou, jejíž projevy mohou narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití *(agresivita, chování ohrožující zdraví):* ANO / NE

Na základě zdravotního stavu pacienta **doporučuji / nedoporučuji** přijetí žadatele do odlehčovací služby *(nehodící se škrtne).*

K žádosti prosím přiložte aktuální lékařskou zprávu a vyplněný formulář DP06.

V …… dne ……..

Razítko a podpis lékaře:

……