

Vyjádření registrujícího praktického nebo ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu

Jméno a příjmení: _____	
Bydliště: _____	
Datum narození: _____	Rodinný stav: _____
Dg: _____	
Předepsané léky: _____ _____	
Dieta: _____	Zdravotní pojišťovna: _____

Stav žadatele

1. Vědomí <ul style="list-style-type: none">▪ plně orientovaný▪ orientovaný jen ve známém prostředí▪ desorientovaný	4. Stav pokožky <ul style="list-style-type: none">▪ čistá▪ suchá, zpcená▪ se zarudnutím, opruzeninami, kde: _____ _____▪ dekubity, kde: _____ _____▪ projevy krvácení: _____ _____▪ jiné: _____ _____
2. Sociální kontakt <ul style="list-style-type: none">▪ normální▪ snadno navazuje▪ obtížně navazuje▪ nenavazuje, proč: _____ _____	5. Dýchání <ul style="list-style-type: none">▪ klidně, normálně▪ klidová dušnost▪ pohybová dušnost
3. Smyslové vnímání <ul style="list-style-type: none">▪ normální▪ postižení: zrak: _____ _____sluch: _____ _____	

6. Pohyblivost

- dobrá
- s pomocí druhé osoby
- s pomůckami, jakými:

- ležící

7. Vyprazdňování

- bez obtíží
- nepravidelně
- inkontinence moče, stolice:
trvalá, částečná, příležitostná
- jiný způsob vyprazdňování permanentní
katedr/ kdy kam zaveden: _____

- stomie / kdy provedena/

- pomůcky k zachování osobní čistoty sberné
sáčky, pleny
apod: _____

8. Příjem stravy

- samostatný
- s pomocí druhé osoby
- zcela odkázán na pomoc
- dieta: _____

- protéza: _____

- chuť k jídlu: _____

9. Subjektivní obtíže

- bolest/charakter, délka trvání, lokalizace:

- spánek/jak lze ovlivnit špatný spánek:

- jiné: _____

Datum:

Razítko a podpis oš. lékaře:
