

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO SeniorCentra Šterboholy

<b>Jméno a příjmení žadatele, titul</b>	
<b>Adresa trvalého bydliště</b>	
<b>Datum narození (den, měsíc, rok)</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	
<b>Jméno praktického lékaře (kontakt)</b>	
Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, abúzus)  Lze nahradit lékařskou zprávou	
<b>Poslední medikace</b>	
<b>Mobilita</b>	<input type="checkbox"/> Mobilní <input type="checkbox"/> Částečně mobilní (vycházková hůl, fr. hůl, chodítko...)  <input type="checkbox"/> Zcela imobilní

Kontinence	<input type="checkbox"/> Kontinentní <input type="checkbox"/> Inkontinentní Používané inko-pomůcky:  <b>Datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek:</b>
Stav kognitivních funkcí	<input type="checkbox"/> Bez kognitivní poruchy <input type="checkbox"/> Lehký kognitivní deficit <input type="checkbox"/> Demence <input type="checkbox"/> Výsledek MMSE:
Dekubity	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (popis):
Očkování (datum)	<input type="checkbox"/> TAT: <input type="checkbox"/> PNEUMO: <input type="checkbox"/> COVID – 19: <input type="checkbox"/> Jiné:
Infekční onemocnění	

Zvláštní péče (PEG, dieta...)	
Diagnostický souhrn	
Žadatel je v péči odborného lékaře/lékařů  (jméno, adresa, odbornost, telefon)	

**Poznámky:**

Datum:

Razítko a podpis lékaře: