

POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU

ŽADATEL

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

OBJEKTIVNÍ STAV:

(diagnóza, alergie, stav kůže)

ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ:

(ANO / NE. Diagnóza, alergie. Bylo rozhodnuto o ukončení léčby?)





PSYCHICKÝ STAV:

DALŠÍ OBTÍŽE:

(bolest, zvracení, inkontinence, dušnost atp.)

MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA, VSTUPY:

PROSÍM VYBERTE PLATNOU ODPOVĚĎ:

Vyžaduje zdravotní stav žadatele poskytnutí ústavní péči ve zdravotnickém zařízení?

- VYŽADUJE
 NEVYŽADUJE

Má posuzovaná osoba akutní infekční chorobu (případně infekční a parazitární chorobu, kožní chorobu, svrab, tuberkulózu, pohlavní nemoc v akutním stadiu).

- MÁ
 NEMÁ

Hrozí, že by posuzovaná osoba mohla ohrožovat sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost.

- HROZÍ
 NEHROZÍ

V dne Podpis

Podpis a razítko lékaře / zdravotnického zařízení

