

POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU

příloha k žádosti o poskytnutí pobytové odlehčovací služby bez přítomnosti lékaře

ZÁJEMCE

Příjmení a jméno Pojišťovna

Datum narození Rodné číslo

Bydliště

OBJEKTIVNÍ STAV (diagnózy, alergie, stav kůže, ...)

AKTUÁLNÍ MEDIKACE A SOS MEDIKACE (rozpis a dávkování)

název léku	síla	dávkování

VSTUPY (tsk, peg, port, stomie, PMK atd.)

PŘÍSTROJE (DUPV, inzulinová pumpa, enterální pumpa, atd.)

ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ (ano / ne, diagnóza, bylo rozhodnuto o ukončení léčby?)

PSYCHICKÝ STAV (PMT, zvláštní rysy, povahové vlastnosti, ...)

DALŠÍ OBTÍŽE (bolest, zvracení, inkontinence, dušnost, atd.)

DISPENZARIZACE

PROSÍM VYBERTE PLATNOU ODPOVĚĎ:

Vyžaduje zdravotní stav zájemce poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?

NE ANO

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

NE ANO

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

NE ANO

KONTAKT NA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Příjmení a jméno IČ

E - mail Telefon

Adresa

V dne

Podpis a razítko lékaře.....