

 +420 702 055 733
+420 601 390 322
+420 777 774 899

 info@domovborova.cz
zdravotni@domovborova.cz

 www.domovborova.cz

Díl A - Obecné informace o žadateli

Žadatel:

Jméno, příjmení a titul:

Příjmení za svobodna:

Datum narození:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Číslo občanského průkazu:

Rodinný stav:

Adresa trvalého bydliště:

Kontakt (e-mail, telefon):

Objednatel:

Jméno, příjmení a titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Kontakt (e-mail, telefon):

Vztah k žadateli:

Typ ubytování, o který mám zájem:

Jednolůžkový pokoj

Dvoulůžkový pokoj

Jsem držitelem průkazu:

TP

ZTP

ZTP/P

Jsem/nejsem příjemcem příspěvku na péči:

Stupeň I. (Lehká závislost)

Stupeň II. (Středně těžká závislost)

Stupeň III. (Těžká závislost)

Stupeň IV. (Úplná závislost)

Nejsem příjemcem PnP

Žadatel byl/nebyl zbaven způsobilosti k právním úkonům:

Byl

Nebyl

Jméno a příjmení opatrovníka:

Kontakt na opatrovníka:

SOBĚSTAČNOST

Chůze:

- Plně pohyblivý
- Samostatně s pomůckou – hůl, berle, chodítka, vozík
- S pomocí druhé osoby
- Trvale upoután/a na lůžko

Přijímání stravy:

- Samostatně
- S dopomocí
- Nezvládám

Užívání léků:

- Samostatně
- S dopomocí
- Nezvládám

Osobní hygiena:

- Samostatně
- S dopomocí
- Nezvládám

Oblékání:

- Samostatně
- S dopomocí
- Nezvládám

Používání zdravotně hygienických pomůcek (inkontinence):

- Ano Občas - Trvale - V noci
- Ne

Dieta:

- Ano - Bezlepková
- Ne

Sluch:

- Normální
- Nedoslýchám
- Zbytky sluchu
- Neslyším

Zrak:

- Normální
- Zhoršené vidění
- Zbytky zraku
- Nevidomý/á

Orientace v prostoru:

- Plně se orientuji
- S dopomocí
- Neorientuji se

Orientace časem:

- Plně se orientuji
- S dopomocí
- Neorientuji se

Orientace osobou:

- Plně se orientuji
- S dopomocí
- Neorientuji se

Máte zájem o registraci u praktického lékaře Domova Borová?

- Ano
- Ne



Upozornění

Při nástupu je nutné, aby byl žadatel **vybaven léky a jinými zdravotními pomůckami a potřebami**, které pravidelně užívá, a to nejméně **na dobu sedmi dnů**, případně je možné při nástupu předat vyplněné recepty od lékaře službu konajícímu personálu. **Při přechodném pobytu je potřeba zajistit léky a inkontinenční pomůcky na celou dobu pobytu.** Při pobytu přesahujícím lhůtu tří měsíců zvažte, prosím, registraci u lékaře Domova Borová.

Vyplňoval-li žadatel dotazník společně s další osobou, uveďte její jméno a vztah k žadateli:

.....

Předpokládaný datum nástupu:

V **dne**

Podpis žadatele nebo podpis opatrovníka/osoby blízké:

Díl B - Zdravotní - vyplní praktický lékař žadatele

K níže uvedené příloze je možné přiložit i např. propouštěcí zprávu ze zdravotnického zařízení, zařízení sociálních služeb – ne starší jednoho měsíce od předpokládaného data příjmu do Domova Borová. Ve zdravotní zprávě musí být informace o aktuálním očkování.

Jméno a kontakt na praktického lékaře:

Jméno a kontakt na ostatní lékaře:

Diagnóza:

Dieta, případně dietní doporučení:

Inkontinence: Moči - Stolice

Druh inkontinenční pomůcky:

Datum vydání posledního poukazu na inkontinenční pomůcky:

Stupeň inkontinence:

Současná terapie Užívané léky - rozepište lékování (**ráno - dopoledne - večer - v noci**)

Vzor: Lék XY

1 - 0 - 0 - 1

Očkování (Důležité, prosím vyplnit)

Očkování na covid:

- Ano
 Ne

Poslední očkování na covid:

Očkování na chřipku:

- Ano
 Ne

Poslední očkování na chřipku:

Očkování na tetanus:

- Ano
 Ne

Poslední očkování na tetanus:

Očkování na pneumokok:

- Ano
 Ne

Poslední očkování na pneumokok:

Rehabilitace:

Je-li žadatel v péči jiných odborných lékařů, prosíme o uvedení (Jméno, odbornost, kontakt):

Další zvláštní upozornění (zejména sdělení o případné pozitivě u chronických hepatitid, eventuálně, jiný závažný nález):

Kontraindikace, které by mohly ohrozit nástup do domova

- a) Závažná psychická onemocnění
- b) Infekční nemoci
- c) Chronický alkoholismus, toxikománie
- d) Závažný zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče výhradně ve zdravotnickém zařízení

V **dne**

Podpis lékaře: