

Žádost přijata dne: _____

Přijal: _____

Registrační číslo žádosti: _____

Vyjádření lékaře – DENNÍ STACIONÁŘ

Žadatel:

Jméno:	Příjmení:
Bydliště:	
Místo narození:	Okres:
Občanství:	Národnost:
Číslo OP:	Pojišťovna:

Anamnéza osobní:

--

Anamnéza rodinná a pracovní:

--

Objektivní nález (status praesen generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

--

Duševní stav:

--

Diagnoza (statistická značka choroby podle MKN):

--

Potřeba zvláštní péče:

--

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO NE

Je trvale upoután na lůžko? ANO NE

Je schopen/na sám/a sebe obsloužit? ANO NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ ANO NE

Pokud ANO, jaké ZZ: _____

Inkontinentní potíže TRVALE OBČAS V NOCI

Potřeba lékařského ošetření TRVALE OBČAS NE

Potřeba zvláštní péče ANO NE

Pokud ANO, jaké úkony: _____

Datum posledního očkování:

ATA		
Vyšetření HBsAG + datum	POZITIVNÍ	NEGATIVNÍ
Vyšetření Anti+HBs + datum	POZITIVNÍ	NEGATIVNÍ
Výsledky vyšetření na BACILONOSIČSTVÍ:		
Popis RTG snímku plic, hrudních org.:		

Použití kompen. pomůcek, způsob aplikace medikace, schopnost užívat léky samostatně, apod.

--

V _____, dne: _____

 podpis a razítko vyš. lékaře