

VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE (psychiatra/ neurologa/geriatra) ke zdravotnímu stavu

PŘÍJMENÍ, titul	
JMÉNO	
DATUM NAROZENÍ	
TRVALÉ BYDLIŠTĚ	
Ulice, číslo popisné	
Město, směrovací číslo	

BYLO ŽADATELI DIAGNOSTIKOVÁNO ONEMOCNĚNÍ DEMENCE?

ANO NE

Pokud ano, jakého typu.....

BYLO ŽADATELI DIAGNOSTIKOVÁNO JINÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ?

ANO NE

Pokud ano, jaké.....

JSOU U ŽADATELE PATRNÉ PORUCHY CHOVÁNÍ, PORUCHY NÁLADY, VČETNĚ PROJEVŮ BLOUDĚNÍ?

ANO NE

Pokud ano, jaké.....

TRPÍ ŽADATEL PORUCHAMI SPÁNKU?

ANO NE

JINÉ DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO POSOUZENÍ ŽÁDOSTI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BYLA ŽADATELI DIAGNOSTIKOVÁNA MENTÁLNÍ RETARDACE?

ANO NE

JE ŽADATEL AKTUÁLNĚ ZÁVISLÝ NA ALKOHOLU A OMAMNÝCH LÁTKÁCH VČETNĚ NÁVYKOVÝCH LÉKŮ (BENZODIAZEPINY, HYPNOTIKA, OPIÁTY)?

ANO NE

NACHÁZÍ SE ŽADATEL AKTUÁLNĚ V PSYCHICKY NESTABILIZOVANÉM STAVU S AKUTNÍMI PŘÍZNAKY NEMOCI (NAPŘ. DELIRIUM, AGRESIVITA, SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, SEBEVRAŽEDNÉ SKLONY)?

ANO NE

ŽADATEL POTŘEBUJE ZAJISTIT OMEZENÍ V POHYBU PRO ZAJIŠTĚNÍ VLASTNÍ BEZPEČNOSTI - UZAVŘENÉ UBYTOVÁNÍ? (Po dobu rekonstrukce domova pro seniory a domova se zvláštním režimem na adrese Jiráskova 193, nemůžeme zajistit)

ANO NE

TRPÍ ŽADATEL JINÝM TYPEM CHRONICKÉHO DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ (NAPŘ. PSYCHÓZA, PORUCHA NÁLADY)?

ANO NE

VYŽADUJE AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE POUŽITÍ PROSTŘEDKŮ OCHRANY PRO OPAKOVANÉ PÁDY SE ZRANĚNÍM NEBO BEZ ZRANĚNÍ V ANAMNÉZE (ZÁBRANA U LŮŽKA, FIXAČNÍ PÁS, PYŽAMOVAK, ...)?

ANO NE

Pokud ano, jaké.....

AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE VYŽADUJE PÉČI VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ
(ZDRAVOTNÍ STAV ŽADATELE VYŽADUJE HOSPITALIZACI NAPŘ. NA PSYCHIATRII APOD.)?

ANO NE

DALŠÍ INFORMACE (nehodící se škrtněte)

Žadatel JE/ NENÍ schopen sám jednat

Žadatel JE/ NENÍ schopen podpisu

Dne:

Podpis, razítko lékaře: