

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele

o poskytnutí služby sociální péče

.....
Rodné číslo žadatele

Příloha k žádosti

1. Žadatel	..... příjmení (u žen též rodné jméno)	..... jméno		
narozen	..... Den, měsíc, rok	..... místo		
bydliště	..... místo	..... ulice	..... číslo	..... okres
	..... pošta			..... směrovací číslo
2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)				
3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě postižení i status localis)				
4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):				
5. Diagnóza	(česky): a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy			Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu
6. Přílohy				
a) popis rtg. Snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu				
b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno				
c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního popř. laboratorního vyšetření.				
d) provedená očkování (hepatitida typu B, pneumokoku, proti klíšťové encefalitidě, tetanu, chřipce atd.)				

7. *) Nehodící se prosím škrtněte

Je schopen chůze bez cizí pomoci		SAM	DOPOMOC	ASISTENCE
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Je schopen sám sebe obsloužit		SÁM	DOPOMOC	ASISTENCE
Je schopen porozumět textu, mluvenému slovu		ANO	OBTÍŽNĚJI	NE
Pomočuje se	trvale	ANO	NE*)	
	občas	ANO	NE*)	
	v noci	ANO	NE*)	
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE*)	
	občas	ANO	NE*)	
Je pod dohledem specializovaného lékaře - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.*)		ANO	NE*)	
Potřebuje zvláštní péči – jakou:				

8. Zdravotní pojišťovna:**9. Jiné údaje:**

Dne:.....

.....
podpis ošetřujícího lékaře
(jmenovka).....
razítko ošetřujícího lékaře**10. Vyjádření lékaře Domova odpočinku ve stáří o vhodnosti poskytování služby sociální péče, lékař Domova odpočinku ve stáří rozhodl o zařazení do služby:** **Domov pro seniory** **Domov se zvláštním režimem** **Týdenní stacionář**

Dne:.....

.....
podpis (jmenovka)

*) Nehodící se škrtně

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění, a nařízení Evropského parlamentu a Rady 2016/679 (dále „GDPR“) svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchování osobních údajů souvisejících s podáním žádosti, jejíž součástí je i vyjádření lékaře, a dále s příchodem do zařízení a s pobytem v zařízení, a to až do doby jejich archivace a skartace, dle platného skartačního a archivačního řádu.

Beru na vědomí, že mám právo na zpřístupnění svých osobních údajů, mohu si nechat vypracovat kopii, a žádat jejich případnou opravu.

Jsem seznámen/a s tím, že mám právo souhlas kdykoliv odvolat, ale to může mít za následek znemožnění poskytování služeb sociální péče, jejich ukončení jelikož provoz a smysluplné poskytování služby je spojeno s nutnou znalostí a zpracováním určitých osobních údajů.

V souladu s § 45 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, v platném znění, souhlasím s tím, aby do mé zdravotní dokumentace nahlížely osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání zaměstnané v Domově odpočinku ve stáří a ředitelka zařízení pouze v rozsahu nezbytném pro splnění konkrétního úkolu.