



Centrum Seňorina, z.s.

pobytová a ambulantní odlehčovací služba

Na Poříčí 36 | 110 00 Praha 1

T: + 420 604 708 111 | E: socialni.pracovnice@centrum-senorina.cz

Služba Centrum Seňorina, z. s. odlehčovací služba je registrovaná dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. pod identifikátorem 5693449.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o odlehčovací službu Centra Seňorina

1. Osobní údaje

Jméno

Příjmení

Datum a místo narození

Rodné číslo

Zdravotní pojišťovna.....

Trvalé bydliště

2. Kontakt na rodinné příslušníky pro případ hospitalizace

Jméno

Vztah k pacientovi

Telefonní číslo.....

3. Aktuální zdravotní stav

.....
.....
.....

4. Duševní stav (orientovanost žadatele)

Projevy narušující kolektivní soužití ANO NE jaké:

.....
.....

5. Projevují se u žadatele příznaky demence nebo u něho byla diagnostikována?

ANO NE

Typ a stupeň demence:

6. Datum posledního očkování proti tetanu, chřipce, Pneumo 23, COVID-19

.....

7. Aktuální stav žadatele

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO NE

Je upoután trvale – převážně na lůžko? ANO NE

Je schopen polohy v sedě, v křesle? ANO NE

Je schopen sám se najíst, napít? ANO NE

Zvládne se samostatně osprchovat? ANO NE

Používá WC křeslo u lůžka? ANO NE

Používá inkontinenční pomůcky? ANO NE

Dieta (např. diabetická, bezlepková)? ANO NE

Dietní opatření:

.....

Sluch	Normální	
	Nedoslýchá	
	Zbytky sluchu	
	Neslyší	
Zrak	Normální	
	Zhoršené vidění	
	Zbytky zraku	
	Nevidomý	
Používá kompenzační pomůcky	Hole	
	Chodítka	
	Invalidní vozík	
Kontinence moči	Plně kontinentní	
	Občas inkontinentní	
	Inkontinentní	
Kontinence stolice	Plně kontinentní	
	Občas inkontinentní	
	Inkontinentní	
Defekty kůže	Dekubity	
	Opruzeniny	
	Jiné	

8. Diagnostický souhrn

.....

.....

.....

.....

9. Alergie

.....

.....

10. Medikace, jiné údaje

.....

.....

.....

.....

.....

Vyplněný formulář o zdravotním stavu a aktuální léčbě bude uložen v zalepené nadepsané obálce a v případě náhlého výrazného zhoršení zdravotního stavu předán pracovníkům rychlé záchranné služby.

V dne

.....
razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel.