

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

K POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY TÍŠŇOVÁ PÉČE AREÍON (TÍŠŇOVÁ PÉČE AREÍON = TPA)

Žadatel/uzivatel TPA:

Jméno a příjmení žadatele:

Rodné číslo:/..... Zdravotní pojišťovna:

Číslo OP: Státní příslušnost: Stav:

Bydliště:

Vyplní praktický/ošetřující lékař:

1. Diagnóza:

2. Terapie:

3. Dieta:

4. Alergie:

Soběstačnost při běžných denních úkonech:

- soběstačný zcela
- soběstačný s asistencí
- nesoběstačný

Chůze:

- chodící bez pomoci
- chodící s pomocí druhé osoby
- chodící s holí(emi)/chodítkem
- nechodící

aktualizace 04/2013

Jaké používá kompenzační pomůcky (chodítka, sluchadlo, brýle, lupa apod.)?

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

Potřebuje lékařské ošetření

trvale občas

Orientovaný v čase a prostoru?:

ANO

NE

Chronické rány (dekubity, bérkové vředy) :

NE

ANO - lokalizace a velikost.....

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

Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

NE

ANO, jaké oddělení ZZ

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

Potřebuje žadatel zvláštní péči?

NE

ANO, jakou?

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

Psychický stav (demence, psychózy a psychické poruchy, atp.):

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

Trpí žadatel níže uvedenými poruchami:

Infekční a parazitární choroby všech druhů a stadií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění

- ANO
 NE

Tuberkulóza

- ANO
 NE

Pohlavní choroby v akutním stadiu

- ANO
 NE

Chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku.

- ANO
 NE
-
-

Smyslové a komunikační poruchy žadatele:

závažná porucha zraku

- NE
 ANO, Jaká?
-
-

závažná porucha sluchu

- NE
 ANO, Jaká?
-
-

závažná porucha řeči

- NE
 ANO, Jaká?
-
-

Užívání léků

- samostatně v určenou dobu
 samostatně, jsou-li připraveny
 léky musí být podávány jinou osobou

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

V.....dne.....

jméno lékaře, podpis, telefon, razítko zařízení

SOUHLAS ŽADATELE

Žadatel souhlasí v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem souhlasím se zjišťováním, shromažďováním (kopírováním, ověřováním), zpracováváním a uchováváním svých osobních údajů (včetně mého zdravotního stavu), potřebných pro zajištění služeb sociální péče poskytovaných Občanským sdružením ŽIVOT 90 a to až do doby jejich archivace a skartace.

V.....dne.....

podpis žadatele