

Moskevská 1103/1f, Havířov - Město, 736 01

tel.: 596 411 031, 596 477 300

www.ssmh.cz

e-mail: recepce@ssmh.cz

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY (pečovatelská služba, denní stacionář)

Jméno a příjmení:

Adresa:

Diagnóza:

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

Epidemiologická anamnéza (kontakt nebo prodělané TBC onemocnění, infekční onemocnění) :

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

Objektivní nález:

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

Psychický stav (zejména projevy narušující kolektivní soužití, vyplňovat pouze v případě denního stacionáře):

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

Doporučená dieta:

ALERGIE*: ANO NE JAKÉ:

INKONTINENCE*: ANO NE JAKÉ:

Předpis pomůcek pro inkontinentní*:
ANO NE JAKÉ:

*nehodící se škrtněte

Používané kompenzační pomůcky (níže uvedené varianty zatrhněte) :

vycházková hůl francouzské berle chodítko invalidní vozík ortézy
jiné

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

Doporučený obsah služeb (pečovatelská služba – PS, denní stacionář – DS):

*nehodící se škrtněte

Datum

podpis a razítko lékaře