

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE



## Domov Hortenzie,

příspěvková organizace  
Za Střelnicí 1568, 744 01 Frenštát pod Radhoštěm  
tel.: 556 835 664  
www.domovhortenzie.cz

**Jméno a příjmení žadatele:** \_\_\_\_\_

příjmení (u žen i rodné)

jméno

**Narozen:** \_\_\_\_\_

den, měsíc, rok

místo

**Zdravotní pojišťovna:** \_\_\_\_\_

**Adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_

ulice

číslo

město

směrovací číslo

**Anamnéza (rodinná, osobní):**

**Objektivní nález:**

**Duševní stav:**

**Diagnóza:**

**- hlavní:**

**- ostatní choroby ( + RTG plic):**

**Jiné údaje:**

Dieta: \_\_\_\_\_

Inkontinence: vložky  pleny

Smyslové postižení: \_\_\_\_\_

Mobilita: \_\_\_\_\_

Kompenzační pomůcky: \_\_\_\_\_

Sebeobslužnost: \_\_\_\_\_

**Potřebuje zvláštní péči (jakou):**

**Dohled specializovaného zařízení:**

*(např.: plicní, neurologie, psychiatrie, ortopedie, chirurgie, interna, onkologie, diabetologie, protialkoholni, apod.)*

Dle závažnosti přiložit nález specialisty.

**Další upozornění:**

Dne:

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:

**Vyjádření ústavního lékaře o vhodnosti umístění žadatele do zařízení:**

Dne:

Podpis a razítko lékaře:

