

Lékařská zpráva k přijetí

Jméno a příjmení žadatele:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, alergie, abusus):

Poslední medikace:

Hybnost *:

- mobilní
- částečně imobilní (vycházková hůl, francouzská hůl jedna/dvě, chodítka, inv. vozík)
- zcela imobilní

Kontinence:

- kontinentní
- inkontinentní
 - používané inko-pomůcky:
 - datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek:

Stav kognitivních funkcí *:

- bez kognitivní poruchy
 - lehký kognitivní deficit
 - demence
- výsledek MMSE:

Dekubity:

- NE
- ANO – popis:

Očkování (datum): TAT:

PNEUMO:

Jiné:

Diagnostický souhrn:

* zatrhněte adekvátní možnost

Jméno a příjmení lékaře:

DATUM:

Kontaktní telefon:

Razítko, podpis: