

## VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

### Osobní údaje žadatele

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Místo narození .....

Adresa bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Výška v cm: ..... Hmotnost v kg: .....

### Údaje o praktickém lékaři pro dospělé

Zdravotnické zařízení: .....

Jméno ošetřujícího lékaře: .....

Adresa zdravotnického zařízení: .....

IČP: ..... Odbornost: .....

Telefon: .....



## Anamnéza

(osobní, rodinná, pracovní)

.....

.....

.....

.....

.....

## Objektivní nález

(teplota, průjem, atd.)

.....

.....

.....

.....

.....

## Duševní stav

(popř. projevy narušující kolektivní soužití)

.....

.....

.....

.....

.....

**Alkoholismus:**

ANO – NE\*

**Návykové látky:**

ANO – NE\*

**Kouření:**

ANO – NE\*

**Agresivita:**

ANO – NE\*

(\* nehodící se, prosím, škrtněte)



## Souhrn diagnóz

.....

.....

.....

.....

.....

## Medikace

.....

.....

.....

.....

.....

## Termíny očkování, RDG vyšetření

TAT	.....
Hepatitis B	.....
Tuberculosis	.....
Influenza	.....
Pneumo	.....
RDG plic	.....
Jiná očkování	.....



## Ostatní údaje

zaškrtněte, prosím

Je upoután/a trvale na lůžko?  ANO  NE

Je schopen/schopna sebeobsluhy?  ANO  NE

Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci?  ANO  NE

Příjem potravy a pití:  zvládne sám/a  nutná dopomoc

Kontinence:  zaveden permanentní močový katétr

Inkontinence:  trvale  občas  ve dne  v noci

Potřebuje lékařské ošetření?  pravidelně  občas

Je pod dohledem specializovaného pracoviště?  
např. diabetologie, neurologie, psychiatrie, ortopedie,  
interna...  ANO  NE  
(Jaké?)

Kůže:  suchá  opruzeniny  bledá  zarudlá

cyanotická  otoky  hematomy  dekubity

**infekční onemocnění (virová, bakteriální či parazitární)**

Pokud ano, jaké: .....

Alergie:  ANO  NE Pokud ano, jaká: .....

Dieta:  ANO  NE Pokud ano, jaká: .....

Datum:.....

Razítko a podpis lékaře: .....