



## **Vyjádření ošetřujícího lékaře**

### **1. Zájemce o sociální službu – o umístění na ošetřovatelská lůžka \*)**

*Příjmení:*

*Jméno:*

*Rodné číslo:*

*Narozen (den, měsíce, rok):*

*Místo narození:*

*Zdravotní pojišťovna:*

*Bydliště (místo, ulice, číslo popisné, PSČ):*

*Adresa a telefon kontaktní osoby:*

---

### **2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):**

---

### **3. Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):**

---

### **4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):**

---

### **5. Diagnóza (česky):**

*a) hlavní*

*b) ostatní choroby nebo chorobné stavy*

---

**SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ CENTRUM LETINY s.r.o.**  
**ZRUČSKÁ CESTA 8, 301 00 PLZEŇ**

sídlo společnosti



Společnost je zapsána v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Plzni, oddíl C, vložka 6429

**6. Přílohy:**

a) popis rtg. snímku plic, v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu

b) výsledky vyjádření na bacilonosičství

c) dle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

**7. Zhodnocení žadatele:**

Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci ANO NE

Je upoután(a) trvale – převážně \*) na lůžko ANO NE

Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit ANO NE

Pomočuje se trvale ANO NE

občas ANO NE

v noci ANO NE

Potřebuje lékařské ošetření trvale ANO NE

občas ANO NE

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ ANO NE

např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp.

chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní, apod. \*)

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

**8. Jiné údaje:**

Dieta:

Alergie:

Medikace:

Dispensarizace:

Očkování (chřipka, TAT, pneumokoková vakcína, jiné) – datum aplikace:

**SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ CENTRUM LETINY s.r.o.**  
**ZRUČSKÁ CESTA 8, 301 00 PLZEŇ**  
sídlo společnosti



Společnost je zapsána v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Plzni, oddíl C, vložka 6429

---

**9. Doplnující údaje:**

Dne .....

*\*) nehodící se škrtněte*

\_\_\_\_\_

*podpis vyšetřujícího lékaře*

---

**10. Vyjádření lékaře sociální péče o vhodnosti umístění žadatele do zařízení Sociální a zdravotní centrum Letiny s.r.o., provozovna Letiny 70, 336 01 Blovice**

Dne .....

*\*) nehodící se škrtněte*

\_\_\_\_\_

*podpis*