**![Obsah obrázku text

Popis byl vytvořen automaticky]()**

**Krátkodobý aktivizační pobyt Malvazinky**

**Žádost o přijetí – zpráva praktického lékaře**

**Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení a titul žadatele: | |
| Adresa trvalého bydliště: | |
| Adresa skutečného pobytu (nevyplňujte, pokud se shodné s adresou trvalého bydliště): | |
| Telefonní kontakt žadatele, případně mail (prosím neuvádějte kontakty na rodinné příslušníky): | |
| Rodné číslo: | Pojišťovna: |
| Požadovaný termín (nástup v pondělí, ukončení v pondělí):    od …………………………. do………………………….. | |

|  |
| --- |
| Co od služby očekáváte? |

**Kontaktní osoba**

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení a titul: |
| Kontaktní adresa: |
| Telefonní kontakt, případně mail: |
| Vztah k žadateli: |

**Lékař**

|  |
| --- |
| Hlavní diagnóza: |
| Vedlejší diagnózy: |
| **Příjem potravy a tekutin:** samostatně s pomocí neprovede  **Oblékání:** samostatně s pomocí neprovede  **Koupání:** samostatně s pomocí neprovede  **Osobní hygiena:** samostatně s pomocí neprovede  **Kontinence moči:** kontinentní částečně inkontinentní inkontinentní  **Kontinence stolice:** kontinentní částečně inkontinentní inkontinentní  **Použití WC:** samostatně s pomocí neprovede  **Přesun lůžko-židle:** samostatně s pomocí neprovede  **Chůze po rovině nad 500m**: samostatně s pomocí neprovede  **Chůze po schodech:** samostatně s pomocí neprovede  **Pády v anamnéze:** ano ne  **Mobilita:** samostatně delší výlety / samostatně základní sebeobsluha/ řídí auto  **Pomůcky :** hole, sluchadla, chodítko, vozík, protéza DK/HK , vložky, pleny  **Jiné:** plně orientovaný zvládá domácnost  nutný dohled rodiny  zhoršená orientace |
| Dieta: |
| Medikace: |
| Současný stav:  Doporučuji aktivizační pobyt (lázeňského typu s procedurami a docházením do jídelny v jiné budově) ano ne |

Podpis a razítko