****

**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