



## VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

(příloha k žádosti o přijetí do denního stacionáře)

Šlapanice, Hřbitovní 12, 664 51 Šlapanice

tel: 770 315 999, email: [michaela.surakova@nadeje.cz](mailto:michaela.surakova@nadeje.cz)

1.	<b>Žadatel/ka:</b> <i>(jméno, příjmení, titul)</i>	
2.	<b>Rodné číslo:</b>	
3.	<b>Zdravotní pojišťovna:</b>	
4.	<b>Základní diagnózy, stanovená dieta:</b>	
5.	<b>Medikace a rozpis léků:</b>	

**6. Aktuální stav žadatele (nehodící se škrtněte):**

Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci:

ano	ne
-----	----

Je schopen/schopna sebeobsluhy:

ano	ne
-----	----

Inkontinence moči:

trvale

ano	ne
-----	----

občas

ano	ne
-----	----

používá pomůcky

ano	ne
-----	----

Inkontinence stolice:

trvale

ano	ne
-----	----

občas

ano	ne
-----	----

používá pomůcky

ano	ne
-----	----

Je v péči specializovaného zdravotnic. zařízení:  
Jakého?

ano	ne
-----	----

Potřebuje zvláštní péči?  
Jakou?

ano	ne
-----	----

**7. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí sociální služby:**

**8. Vyjádření praktického lékaře k přijetí žadatele do Denního stacionáře:**  
(nehodící se škrtněte)

**a) přijetí doporučuji**

**b) přijetí nedoporučuji**

Datum:

\_\_\_\_\_  
Podpis a razítko praktického lékaře