

## Lékařská zpráva k přijetí

Jméno a příjmení žadatele:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Výše příspěvku na péči:

Rodinný stav:

Jméno a příjmení praktického lékaře:

Adresa praktického lékaře:

Datum poslední preskripce inkontinenčních pomůcek:

**Anamnéza** (RA, OA, operace, úrazy, alergie, abusus):

### Poslední medikace:

### Hybnost: \*

mobilní

částečně imobilní (vycházková hůl, francouzská hůl jedna/dvě, chodítko, inv. vozík)

zcela imobilní

**Kontinence:** kontinentní – inkontinentní

používané inko-pomůcky:

### Stav kognitivních funkcí: \*

Bez kognitivní poruchy

lehký kognitivní deficit

demence

výsledek MMSE:

**A2**



## Lékařská zpráva

Aktualizace: 30.1. 2026

**Dekubity:** NE – ANO

popis:

**Očkování (datum):**

TAT:

PNEUMO:

Jiné:

**Diagnostický souhrn:**

*\*zatrhněte adekvátní možnost*

---

Jméno, razítko a podpis lékaře vyplňujícího formulář:

Kontaktní telefon:

Datum: