

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, abus):

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: 1.11. 2025

Dekubity: NE – ANO

popis:

Očkování (datum):

TAT:

PNEUMO:

Jiné:

Diagnostický souhrn:

Jméno, razítko a podpis lékaře vyplňujícího formulář:

Kontaktní telefon:

Datum:

*zatrhněte adekvátní možnost