



Oblastní charita Rokycany

nám. Josefa Urbana 52, Dělostřelců 1251
337 01 Rokycany

371 594 970

ochrokycany@seznam.cz

č.ú. 842500319/0800

IČO 48 38 01 99

www.charitarokycany.cz

Denní stacionář Pohodička, Dělostřelců 1251, 337 01 Rokycany

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu občana

Příjmení, jméno	Datum narození
Druh a rozsah mentálního postižení – diagnóza (česky) hlavní ostatní choroby nebo chorobné stavy	
Přidružené tělesné postižení – rozsah:*	
Zdravotní stav žadatele	
Je schopen chůze bez cizí pomoci	ano* ne*
Je upoután trvale* převážně* na lůžko	ano* ne*
Je schopen sám sebe obsloužit	ano* ne*
Pomočuje se	trvale ano* ne*
	občas ano* ne*
	v noci ano* ne*
Potřebuje lékařské ošetření	trvale ano* ne*
	občas ano* ne*
Je pod dohledem specializovaného oddělení Jakého	ano* ne*
Zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení	ano* ne*

*nehodící se škrtněte

Prodělal/a operaci * jakou

Používá implantát, vnitřní náhradu či jinou zdravotní event. kompenzační pomůcku.*

Jakou:

Dieta	ano* /jaká/	ne*
Alergie	ano*/jaká/	ne*
Léky	ano*	ne*
Budou podávány léky v zařízení	ano*/jak/	ne*

Jiné údaje

Kontraindikace přijetí dle vyhl. MPSV č.505/2006, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

ano* ne*

Osoba trpí akutním infekčním onemocněním

ano* ne*

Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

ano* ne*

**Vyjádření vyšetřujícího lékaře o vhodnosti umístění jmenované osoby do
Denního stacionáře Pohodička v Rokycanech**

Výše uvedenou osobu lze* nelze* přijmout do denního stacionáře

Důvod nemožnosti přijetí:

.....
datum

.....
podpis vyšetřujícího lékaře

* nehodící se škrtněte