**Vyjádření lékaře k přijetí do SeniorCentra Kolín**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele, titul** |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Datum narození (den, měsíc, rok)** |  |
| **Zdravotní pojišťovna** |  |
| **Jméno praktického lékaře (kontakt)** |  |
| Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, abúzus)Lze nahradit lékařskou zprávou |  |
| Poslední medikace |  |
| Mobilita | ☐ Mobilní☐ Částečně mobilní (vycházková hůl, fr. hůl, chodítko…)☐ Zcela imobilní |
| Kontinence | ☐ Kontinentní☐ InkontinentníPoužívané inko-pomůcky: **Datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek:** |
| Stav kognitivních funkcí | ☐ Bez kognitivní poruchy☐ Lehký kognitivní deficit☐ Demence☐ Výsledek MMSE: |
| Dekubity | ☐ Ne☐ Ano (popis): |
| Očkování (datum) | ☐TAT:☐PNEUMO:☐COVID – 19:☐Jiné: |
| Infekční onemocnění |  |
| Zvláštní péče (PEG, dieta…) |  |
| Diagnostický souhrn |   |
| Žadatel je v péči odborného lékaře/lékařů(jméno, adresa, odbornost, telefon) |  |
|  |  |

**Poznámky**

|  |
| --- |
|  |

Datum:

Razítko a podpis lékaře: