**Lékařská zpráva k přijetí**

Jméno a příjmení žadatele:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

**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:

 - datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek:

**Stav kognitivních funkcí** \***:**

[ ]  bez kognitivní poruchy výsledek MMSE:

[ ]  lehký kognitivní deficit

[ ]  demence

**Dekubity:**

[ ]  NE

[ ]  ANO – popis:

**Očkování (datum):** TAT: PNEUMO: Jiné:

**Diagnostický souhrn:**

\* zatrhněte adekvátní možnost

Jméno a příjmení lékaře: **DATUM:**

Kontaktní telefon:

 Razítko, podpis: ………………………………………­…