**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: ………………………………………­…