

# VOJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

Místo pro interní záznamy poskytovatele:

Doklad k žádosti

**1. Žadatel** .....  
příjmení (u žen též rodné jméno) ..... jméno .....  
narozen .....  
den, měsíc, rok ..... místo .....  
bydliště .....  
místo ..... ulice ..... číslo popisné .....  
.....  
okres ..... pošta ..... směrovací číslo .....

**2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**3. Objektivní nález** ( status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis ):

**4. Diagnóza** ( česky ) ..... Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu  
a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

**5. Duševní stav** ( popř. projevy narušující kolektivní soužití )

Je pod dohledem speciálního oddělení ? ( je vhodné připojit výsledky vyš. )

Je zjištěn návyk na alkohol ?

Projevy narušující kolektivní soužití:

Je orientovaný ? ( čas, místo, prostor )

Je agresivní?

Noční aktivita?

Jiné údaje:

**6. Přílohy :**

- a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu
- b) výsledky vyšetření na bacilonosičství.
- c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře nebo posudkového lékaře krajského úřadu –  
výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

**7. údaje o soběstačnosti:**

- |                         |                                      |  |   |
|-------------------------|--------------------------------------|--|---|
| Najedení, napití        | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| Oblékání                | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| Osobní hygiena          | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| Koupání                 | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| Použití WC              | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |   |
| Chůze po schodech       | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| Chůze po rovině         | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| Přesun na lůžko (židli) | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede            |
| Kontinence moči         | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> občas inkontinentní | <input type="checkbox"/> trvale inkontinentní |
| Kontinence stolice      | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> občas inkontinentní | <input type="checkbox"/> trvale inkontinentní |

Je schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod. )

Dohled jiné osoby, v čem ?

Držitel průkazu TP ZTP ZTP/P

Jiné důležité údaje vzhledem k soběstačnosti:

**8. Jiné údaje:**

Dne:

\_\_\_\_\_  
podpis vyšetřujícího lékaře  
(jmenovka, razítko)