



Slovenský Červený kríž, územný spolok Liptov  
Kuzmányho 15, 031 01 Liptovský Mikuláš  
ZPS SČK Liptovský Hrádok

## Lekársky nález pre prijatím do Zariadenia pre seniorov SČK

<b>LEKÁRSKY NÁLEZ</b> <b>oznámenie, informácia</b> <b>vo veci sociálnych služieb</b> <b>(§97 ods. 1 zák. 448/2008 Z.z.)</b>	PEČIATKA	<b>Adresát:</b> Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti  Lekár, pečiatka
		<b>Žiadateľ o oznámenie, informáciu:</b> Zariadenie pre seniorov SČK L. Hrádok, J.D. Matejovie, 033 01 Liptovský Hrádok

Pacient : .....

meno

priezvisko

(rodné meno u žien)

Narodený: .....

deň mesiac rok

miesto

okres

Bydlisko: .....

miesto

ulica

číslo

PSČ

okres

### I. Anamnéza:

a) osobná (rodinná, pracovná, so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu,...) :

b) subjektívne ťažkosti:

### II. Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):

Výška :

Hmotnosť:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:



Slovenský Červený kríž, územný spolok Liptov  
Kuzmányho 15, 031 01 Liptovský Mikuláš  
ZPS SČK Liptovský Hrádok

BMI:	Postoj:
TK:	Chôdza:
P:	Poruchy kontinencie:

**II.A\*Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nálež a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze to znamená**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA
  - pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea
  - pri hypertenzii stupeň podľa WHO
  - pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie ( spirometria )
  - pri zažívacích ochoreniach ( sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie )
  - pri reumatických ochoreniach séropozitivita funkčné štádium
  - pri diabete dokumentovať komplikácie ( angiopatia, neuropatia, diabetická noha )
  - pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria
  - pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nálež
  - pri mentálnej retardácii psychologický nálež z vyšetrením IQ
  - pri urologických ochoreniach priložiť odborný nálež
  - pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nálež
  - pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nálež s onkomarkermi, TNM klasifikácia
  - pri fenylketonotúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nálež
- \*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nálež**

**II.B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením ( goniometria v porovnaní s druhou stranou )

b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko – rehabilitačný nálež ( FBLR nálež ) röntgenologický nálež ( Rtg. nálež ), elektromyografické vyšetrenie (EMG ), elektroencefalografické vyšetrenie ( EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR),denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze. **\*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia**

Je klient schopný chôdze bez pomoci	ÁNO	NIE
Je trvale pripútaný na posteľ?	ÁNO	NIE
Je klient schopný sebaobsluhy	ÁNO	NIE
Pomočuje sa	ÁNO	NIE
Trvale            občas            v noci		
Dohľad akej špecializovanej ambulancie vyžaduje jeho zdravotný stav	.....	.....
	.....	.....
Potrebuje osobitnú starostlivosť	ÁNO	NIE
Ak áno, akú.....	.....	.....
	.....	.....
Diagnostický záver ( podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením )		



Slovenský Červený kríž, územný spolok Liptov  
Kuzmányho 15, 031 01 Liptovský Mikuláš  
ZPS SČK Liptovský Hrádok

**\* Prílohy pre žiadateľa o pobytovú formu sociálnej služby:**

- a) popis rtg snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy
- b) zvlášť psychiatrické vyšetrenie
- c) výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo, BWR

Iné údaje:

Vyjadrenie lekára o vhodnosti umiestnenia žiadateľa do zariadenia pre seniorov . Potvrdenie bezinfekčnosti na základe výsledkov vyšetrení:

.....  
.....  
.....  
.....

Dňa: .....

pečiatka

podpis lekára

s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár)