**Výpis ze zdravotní dokumentace**

pro účely přijetí do Domova pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza, příspěvková organizace

Jméno a příjmení:

Datum narození:

|  |
| --- |
| **Anamnéza** |
|  |
| **Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):** |
|  |
| **Diagnóza (česky + číselná):** |
| Hlavní:  Ostatní choroby: |
| **Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):** |
|  |
| **Medikace (typ, síla, dávkování):** |
|  |
| **Kontakty na odborné lékaře:** |
|  |
| **Alergie:** |
| **Datum posledního očkování na Tetanus:** |
| **Datum posledního očkování na Pneumokoka:** |
| **Datum posledního očkování na Chřipku:** |
| **Datum posledního očkování na Covid-19:** |
| **Datum poslední preskripce hygienických pomůcek za období:** |

Datum: ................................ .…….......................................................

podpis a razítko lékaře, ZZ

**Vyplní Domov pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza, příspěvková organizace:**

Zájemce **je schopen – není schopen** přijetí do DOZP Horní Bříza.

Datum: ................................ .…….............................................................

podpis a razítko vrchní sestry