

Vážená klientko, Vážený kliente,

obracíme se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku. Prosíme Vás, vždy zatrhněte pouze jednu možnost, která nejvíce odpovídá Vašemu zdravotnímu stavu. Děkujeme Vám.

DOTAZNÍK OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

Titul:	Příjmení:	Jméno:	RČ:	Zdrav. pojišťovna
Adresa trvalého pobytu:			Tel. číslo:	E-mail:
Kontakt na osobu blízkou, jméno:			Mám dočasnou prac. neschopnost:	
vztah:			☐ ano Vystavena dne:	
Tel. číslo:			☐ ne	
E-mail:			☐ budu potřebovat vystavit při přijetí do RÚ	
Kontakt na osobu, která pacienta převezme při propuštění:				
Jméno:			Tel. číslo:	
Praktický lékař			město:	
Jméno:			kontakt:	

Najedení, napití: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec ☐ jiný způsob příjmu jídla/tekutin: zahušťovaná strava, dysfagická dieta, výživová sonda - PEG, nasogastrická sonda, nebo napište:	Osobní hygiena: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec Sprchování/koupání: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec
Oblékání: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec	Problémy s udržení moči: ☐ nemám žádné problémy ☐ mám občasné problémy ☐ mám trvalé problémy
Použití WC: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec	Problémy s udržení stolice: ☐ nemám žádné problémy ☐ mám občasné problémy ☐ mám trvalé problémy
Pohyb mimo lůžko: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec	Pokud máte problém, zatrhněte, jaké pomůcky používáte: ☐ pleny ☐ močová cévka ☐ stomický sáček ☐ inkontinentní vložka
Přesuny z lůžka na židli/vozik/do sedu/do stoje: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec	Chůze po rovině: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec
Spánek: ☐ bez potíží ☐ užívám léky na spaní ☐ kyslíková či jiná terapie na noc, při syndromu spánkové apnoe	Chůze po schodech: ☐ samostatně bez pomoci ☐ s pomocí ☐ nezvládnou vůbec

Používám tyto kompenzační pomůcky: ☐ vycházková hůl ☐ nízké chodítko ☐ 1x francouzská hůl ☐ vysoké chodítko ☐ 2x francouzská hůl ☐ dlahy ☐ invalidní vozík ☐ berle ☐ naslouchátko ☐ brýle ☐ jiné (ortéza, protéza) Pomůcku zvládnou: ☐ samostatně ☐ s nutnou pomocí	Řeč, komunikace: ☐ bez potíží ☐ s komunikační pomůckou: např. písemné tabulky, čísla, kartičky, jiné pomůcky: ☐ využívám jiný komunikační systém Rozumí mluvenému slovu: ☐ rozumí ☐ nerozumí		
Stav kůže: ☐ normální, bez podlitin, oděrek, otevřených ran ☐ mám ekzém, opruzeniny, zhojenou operační ránu ☐ mám poraněnou kůži, podlitiny, nedohojenou pooperační ránu, bércový vřed, proleženinu			
Bylo v minulosti realizováno psychologické vyšetření? ☐ ano ☐ ne			
Jste nebo byl/a jste v minulosti v péči psychiatra nebo klinického psychologa? ☐ ano ☐ ne			
Omezení hybnosti končetin: ☐ ano ☐ ne			
Poruchy vidění: ☐ ano ☐ ne			
Dietní omezení doporučené lékařem: Alergie: ☐ ano, doplňte: ☐ ne			
Váha*:	kg	Výška:	cm
* Pokud bude Vaše váha nad 150 kg, prosíme kontaktujte příjmovou kancelář.			

Datum:

Podpis: