Jméno, Příjmení a titul žadatele Datum narození

Zdravotní pojišťovna Rodné číslo klienta

Bydliště žadatele (ulice, č.p., PSČ, město)

Jméno, příjmení a titul praktického lékaře E-mail na praktického lékaře

Telefonní číslo na praktického lékaře Identifikační číslo zdravotníka (IČZ)

Adresa praktického lékaře

Anamnéza (RA,OA, váha, výška, perace, úrazy, abúzus)  
Diagnostický souhrn (lze nahradit lékařskou zprávou)

Chronická medikace, dávkování

Mobilita

Mobilní  Částečně mobilní  Zcela imobilní

Kontinence

Kontinentní  Inkontinentní

Používané inkontinenční pomůcky

Datum poslední preskripce inkontinenčních pomůcek i savých podložek:

Stav kognitivních funkcí

Bez kognitivní poruchy  Lehký kognitivní deficit  Demence  Výsledek MMSE

Výsledek MMSE

Dekubity

Ne  Ano

Popis dekubit

Očkování

TAT  PNEUMO  COVID-19  Jiné

Datum všech očkování, případně popis jiných očkování

Zvláštní péče (PEG, dieta...)

Žadatel je v péči jiného odborného lékaře / lékařů (jméno, adresa, odbornost, telefon)

V (město) Dne (datum vyplnění žádosti)

**Spirála pomoci o.p.s.**  
Antonína Kaliny 1351  
280 02 Kolín

IČO: 22689443  
Zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl O, vložka 1519

[socialni.ko@spirala-pomoci.cz](mailto:socialni.ko@spirala-pomoci.cz)  
+420 773 600 495