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
+420 773 600 495