



Adresa: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Košumberk 80, 538 54 Luže
Tel: 469 648 915, 916, 902, **fax:** 469 648 917, **e-mail:** lecebne-pobyty@hamzova-lecebna.cz
www.hamzova-lecebna.cz

Vyplní klient:

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:	Pojišťovna:
Adresa trvalého pobytu:		Tel. číslo:		
		E-mail:		
Zaměstnavatel:				Dočasná prac. neschopnost:
Adresa:				<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Povolání:				Vystavena dne:
Praktický lékař - jméno:				Tel. číslo:
Adresa:				E-mail:

Vyplňte, prosím, JAK ZVLÁDÁTE tyto činnosti:

1. Najedení, napití:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>	2. Oblékání:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>
	s pomocí <input type="checkbox"/>		s pomocí <input type="checkbox"/>
	nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>		nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>
3. Osobní hygiena:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>	4. Koupání, sprchování:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>
	s pomocí <input type="checkbox"/>		s pomocí <input type="checkbox"/>
	nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>		nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>
5. Problémy s udržení moči:	nemám žádné problémy <input type="checkbox"/>	6. Problém s udržení stolice:	nemám žádné problémy <input type="checkbox"/>
	mám občasné problémy <input type="checkbox"/>		mám občasné problémy <input type="checkbox"/>
	mám trvalé problémy <input type="checkbox"/>		mám trvalé problémy <input type="checkbox"/>
7. Použití WC:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>	8. Přesun z lůžka na židli/vozik:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>
	s pomocí <input type="checkbox"/>		s pomocí <input type="checkbox"/>
	nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>		nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>
9. Pohyb po rovině:	samostatně nad 50m <input type="checkbox"/>	10. Chůze po schodech:	samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/>
	s pomocí do 50m <input type="checkbox"/>		(uved'te počet podlaží)
	nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>		s doprovodem <input type="checkbox"/>
			nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>

Používám tyto pomůcky:	Pomůcky zvládnou:	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> s nutnou dopomocí	
<input type="checkbox"/> vycházkovou hůl	Jak se dorozumím?	<input type="checkbox"/> řeč s poruchou	<input type="checkbox"/> řeč bez poruch	
<input type="checkbox"/> 1 francouzskou hůl	Typ poruchy:			
<input type="checkbox"/> 2 francouzské hole	Dietní omezení doporučené lékařem:			
<input type="checkbox"/> invalidní vozík	Alergie:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
	Váha:	kg	Výška:	cm

Kožní defekty: bércový vřed, proleženina apod. (pokud ano, popište):

Napište, jaké léky v současné době užíváte a jejich dávkování: (v případě nedostatku místa uveďte na druhou stranu)

Datum:

Podpis klienta: