

**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:                                           |        |             |

## Vyplňte, prosím, JAK ZVLÁDÁTE tyto činnosti:

|                                                                           |                                                                                                                                                |                                          |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Najedení, napití:</b>                                               | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>               | 2. <b>Oblékání:</b>                      | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>                                |
| 3. <b>Osobní hygiena:</b>                                                 | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>               | 4. <b>Koupání, sprchování:</b>           | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>                                |
| 5. <b>Problémy s udržením moči:</b>                                       | nemám žádné problémy <input type="checkbox"/><br>mám občasné problémy <input type="checkbox"/><br>mám trvalé problémy <input type="checkbox"/> | 6. <b>Problém s udržením stolice:</b>    | nemám žádné problémy <input type="checkbox"/><br>mám občasné problémy <input type="checkbox"/><br>mám trvalé problémy <input type="checkbox"/>                  |
| 7. <b>Použití WC:</b>                                                     | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>               | 8. <b>Přesun z lůžka na židli/vozik:</b> | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>s pomocí <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>                                |
| 9. <b>Pohyb po rovině:</b>                                                | samostatně nad 50m <input type="checkbox"/><br>s pomocí do 50m <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/>           | 10. <b>Chůze po schodech:</b>            | samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/><br>(uved'te počet podlaží)<br>s doprovodem <input type="checkbox"/><br>nezvládnou vůbec <input type="checkbox"/> |
| 11. <b>Prodělal/a jste onemocnění COVID-19</b>                            | 12. <b>Byl/a jste očkovan/a proti onemocnění COVID-19</b>                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                                 |
| ne <input type="checkbox"/><br>ano <input type="checkbox"/> datum od - do | ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/><br>2. dávka datum:<br>3. dávka datum:                                                 |                                          |                                                                                                                                                                 |

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