

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro účely poskytování sociální služby



*(dle požadované služby označte jednu z možností)*

- Domov pro seniory (DS)** - služba je poskytována osobám ve věku od 65 let se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž nepříznivá životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nepříznivou životní situaci nelze řešit jinou sociální službou.
- Domov se zvláštním režimem (DZR)** - služba je poskytována osobám ve věku od 60 let s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí, jejichž stav při péči o vlastní osobu vyžaduje ve zvýšené míře dohled, podporu a péči, kterou není možné zajistit rodinnými příslušníky ani jiným typem sociálních služeb.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)** - služba je poskytována mužům od 18 let s mentálním postižením, kombinovaným postižením, kteří se v důsledku svého zdravotního stavu ocitli v nepříznivé sociální situaci. Tuto situaci nejsou schopni zvládnout vlastními silami ani za pomoci jiných druhů sociálních služeb nebo rodiny. Mentální postižení může být kombinováno s jiným nedomínujícím smyslovým postižením.
- Chráněné bydlení (CHB)** - služba je poskytována mužům od 18 - 64 let s lehkým až středně těžkým mentálním postižením, případně kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje individuální podporu či pomoc jiné fyzické

*Vyplní praktický/ošetřující lékař zájemce o pobytovou službu*

<b>1. Jméno a příjmení žadatele:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Adresa trvalého bydliště:</b>	
<b>2. Anamnéza:</b>	
<b>3. Diagnóza:</b> a) hlavní diagnóza (podle MKN se slovním doplněním)	
b) ostatní choroby	
<b>4. Duševní stav:</b> a) psychotická onemocnění (projevy onemocnění, způsob léčby)	

b) demence (typ demence a její projevy)

c) deprese (projevy a způsob léčby)

d) agresivita (specifikujte její podobu, frekvenci a možné opatření ke zvládnutí této agrese)

e) alkohol či jiné návykové látky (specifikujte, zda se jedná o aktuální závislost)

f) jiné:

**5. Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti:**

Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je žadatel upoután trvale - převážně na lůžku?	ANO	NE
Je žadatel schopen polohy v sedě?	ANO	NE
Je žadatel schopen se sám - najíst	ANO	NE
- vykoupat	ANO	NE
- obléci	ANO	NE
- obout	ANO	NE

**6. Sluch:**

normální	nedoslýchá	zbytky sluchu	neslyší
----------	------------	---------------	---------

**7. Zrak:**

normální	zhoršené vidění	zbytky zraku	nevidomý
----------	-----------------	--------------	----------

**8. Inkontinence moči:**

ANO NE

**9. Inkontinence stolice:**

ANO NE

**10. Porucha příjmu potravy a tekutin:**

ANO NE

**11. Potřebuje žadatel lékařské ošetření**

ANO trvale - občas - NE

**12. Kompenzační pomůcky, které žadatel používá:**

hůl	francouzské hole	pevné chodítko	kolové chodítko
invalidní vozík	toaletní křeslo	dioptrické brýle	naslouchadlo

jiné: .....

**13. Alergie:**

**14. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných zdrav. pracovišť, které zájemce navštěvuje)**

Psychiatrie

Neurologie

Kardiologie

Plicní

Diabetologie

Jiné: .....

**15. Doporučení k poskytování služby v Domově se zvláštním režimem (Domov s vyšší mírou dohledu, zabezpečující ochranu před vznikem možných rizik z důvodu ztráty orientace v prostoru mimo zařízení).**

ANO - NE

**16. Požadované přílohy:**

a) dle potřeby vyjádření odborného lékaře, kde je žadatel dispenzarizován

b) kopie posledních lékařských zpráv (propouštěcích zpráv) specializovaných pracovišť

c) potvrzení o bezinfekčnosti - před nástupem do Domova u rybníka Víceměřice

**17. Posouzení, zda zdravotní stav žadatele nevylučuje žadatele z poskytnutí pobytové sociální služby dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.**

a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

ANO - NE

b) žadatel trpí akutní infekční nemocí, pro niž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb

ANO - NE

c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

ANO - NE

**Toto vyjádření lékaře nenahrazuje zdravotní dokumentaci**

*Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do DS/DZR/DOZP/CHB a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.*

V ..... dne .....  
Razítko a podpis lékaře

**Vyjádření smluvního lékaře Domova u rybníka Víceměřice, příspěvková organizace (dle potřeby):**

V ..... dne .....  
Razítko a podpis lékaře