

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu osoby, která žádá o poskytování sociální služby v Domově a Centru aktivity p. o., Hodkovice nad Mohelkou

1. Žadatel

Příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno

Narozen/a (den, měsíc, rok), rodné číslo.....

Trvalé bydliště (ulice, číslo popisné, místo PSČ)

Místo a důvod pobytu v době podání žádosti

.....

2. Anamnéza (rodinná, osobní):

3. Objektivní nález: neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HbsAg., HIV, hepatitidě A, B, C, pohlavních chorobách) a jestli zdravotní stav žadatele vyžaduje péči specializovaného zdravotnického oddělení (např. plicního, kožního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.)

4. Diagnóza (česky):

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

c) jiné údaje (např. alergie, dieta):

5. Zdravotní péče s ohledem na zdravotní stav je nutná:

Každodenně ANO NE*

Občas (uveďte jak často a v jakém rozsahu).....

.....

Pouze preventivní prohlídky ANO NE*

6. Potřebuje zvláštní (ošetřovatelskou) péči – jakou a v jakém rozsahu:

7. V době podání žádosti o službu:

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE*

Používá invalidní vozík ANO NE*

Používá berle ANO NE*

Je upoután trvale na lůžko ANO NE*

Je schopen sám sebe obsloužit ANO NE*

Inkontinence moči
trvale ANO NE*

	občas	ANO NE*
	v noci	ANO NE*
Inkontinence stolice		
	trvale	ANO NE*
	občas	ANO NE*
Orientován		
	místem	ANO NE*
	časem	ANO NE*
	osobami	ANO NE*
Používá dioptrické brýle		ANO NE*

Další kompenzační pomůcky.....

8. Vyjádření ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do Domova a Centra aktivity, p.o. Hodkovice n. M. – žádáme ošetřujícího lékaře, aby se seznámil s podmínkami, možnostmi a rozsahem poskytování sociální služby.

Hlavní zdravotní postižení zájemce o službu **je mentální postižení** ANO NE*

Zdravotní stav zájemce o službu vyžaduje **poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.** ANO NE*

Zájemce o službu **není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci** ANO NE*

Chování zájemce o službu by z důvodu duševní poruchy **závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.** ANO NE*

Dne:

Podpis ošetřujícího lékaře a razítko:

Kontakt:

9. Požadované přílohy k podání žádosti:

- **neopomenutelná příloha:** výsledek odborného diagnostického vyšetření (psychiatrického, případně psychologického)
- případné výsledky dalších odborných lékařských vyšetření (neurologické, ortopedické, interní apod.)

10. Vyjádření pracovní skupiny DCA Hodkovice nad Mohelkou o vhodnosti zařazení žadatele do seznamu zájemců o službu:

Dne Podpis

Dne Podpis

Dne Podpis

● *Nehodící škrtněte

● Výkony spojené s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel o poskytnutí sociální služby