

Příloha

**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu osoby, která žádá o poskytování sociální služby
v Domově a Centru aktivity, příspěvkové organizaci, 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 (uvedte 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 trvale upoután na lůžko	ANO/NE*
Je schopen sám sebe obsloužit	ANO/NE*
Inkontinence moči	ANO/NE*
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, příspěvkové organizace, Hodkovice nad Mohelkou – **žádáme ošetřujícího lékaře, aby se seznámil s podmínkami, možnostmi a rozsahem poskytování sociální služby.**

Hlavní zdravotní postižení zájemce o službu je mentální postižení nebo kombinované postižení
ANO/NE*

Zdravotní stav zájemce o službu vyžaduje poskytnutí pobytové 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 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 se škrtněte

Výkony spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí žadatel o poskytnutí sociální služby