Příloha 3-2.4D

**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**………………………………………………………………………………………….

**Narozena** (den, měsíc, rok), rodné číslo)……………………………………………………………………………………………...

**Trvalé bydliště** (ulice, číslo popisné, místo, PSČ)…………………………………………………………………………………..

**Místo a důvod pobytu v době podání žádosti**……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Anamnéza (rodinná, osobní):**
2. **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.) **zde možno nahradit aktuálními lékařskými zprávami**
3. **Diagnóza** (česky)

**a) hlavní**

**b) ostatní choroby a chorobné stavy**

**c) jiné údaje (např. alergie, dieta)**

1. **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\***

1. **Potřebuje zvláštní (ošetřovatelskou) péči - jakou a v jakém rozsahu:**
2. **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** 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\***

osobou **ANO/NE\***

Používá **dioptrické brýle** **ANO/NE\***

Další **kompenzační pomůcky**……………………………………………………………………………………………………

1. **Vyjádření ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do sociálních služeb zařízení Domov a Centrum aktivity, příspěvková organizace, Hodkovice nad Mohelkou**

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

Hlavní zdravotní postižení zájemce o službu je chronické onemocnění ANO/NE\*

Zdravotní stav zájemce o službu vyžaduje poskytnutí soustavné 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 kolektivní soužití **ANO/NE\***

Dne:……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Podpis ošetřujícího lékaře a razítko:………………………………………………………………………………………

Kontakt:………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Požadované přílohy k podání žádosti:**

**Neopomenutelné přílohy:**

výsledek odborného diagnostického vyšetření (psychiatrického, případně psychologického)

výsledky dalších odborných lékařských vyšetření (neurologické, ortopedické, interní apod.)

1. **Vyjádření pracovní skupiny Domova a Centra aktivity, příspěvkové organizace v Hodkovicích 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 tiskopisu a podáním žádosti hradí žadatel o sociální službu.