Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o poskytování sociální služby*

1. Žadatel(ka) ……..... jméno a příjmení (popřípadě rodné příjmení)
2. Narozen(a) …… den, měsíc, rok místo
3. Bydliště ……. město, ulice, okres PSČ
4. Diagnostický souhrn (z dostupné dokumentace a na základě rodinné a osobní anamnézy):
5. Objektivní nález (aktuální zdravotní potíže, patologické nálezy při vyšetření, poruchy zraku, sluchu, řeči, alergie):

5.

6. Vyžaduje zvláštní péči? Jakou?

7. Duševní stav a jeho projevy:
   a) psychotická onemocnění
   b) demence
   c) deprese

8. Diagnóza (česky):
   a) hlavní
   b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

9. Vyplňte následující údaje v tabulce.
**V rámečku udělejte křížek u jedné možné varianty.*

Schopen(a) chůze*	ano, bez omezení □	ano, na krátké vzdálenosti □	s pomocí druhé osoby nebo s kompenzační pomůckou □	upoután(a) na lůžko □
Schopen(a) dbát o osobní hygienu*	samostatně □	provede na pokyn □	s pomocí druhé osoby □	neprovede vůbec □
Schopen(a) se dorozumět*	ano □	s obtížemi □	není schopen(a) □	
Schopen(a) konzumace jídla*	ano □	s menší dopomocí □	ne □	
Inkontinence*	žádná □	občasná inkontinence moči □	inkontinence moči a stolice □	
Užívání léků*	samostatně □	jsou-li připraveny □	musí být podány druhou osobou □	
Orientace v prostoru*	plná □	občasná □	dezorientace trvalá □	
Orientace v čase*	plná □	občasná □	dezorientace trvalá □	
Spánek*	dobrý □	přerušovaný □	s použitím hypnotik (léky na spaní) □	

10. Používá nějaké kompenzační pomůcky? Možnou variantu zakroužkujte.

a. francouzské hole ano - ne
b. chodítko ano - ne
c. invalidní vozík ano - ne
d. naslouchadlo ano - ne

11. Je pod dohledem specializovaného oddělení či poradny? Možnou variantu zakroužkujte.

a. plícní ano - ne
b. neurologické ano - ne
c. psychiatrické ano - ne

d. ortopedické ano - ne
e. interní ano - ne
f. diabetické ano - ne
g. cévní ano - ne
h. jiné…

12. Jiné údaje (např. žadatel(ka) není schopen(a) ze zdravotních důvodů vlastnoručního podpisu apod.):

Potvrzuji, že pacient netrpí infekčním onemocněním, které by vylučovalo poskytování sociální služby v pobytovém zařízení.

V …… dne …… ……..

Jméno, razítko a podpis lékaře

**v domově se zvláštním režimem* *poskytujeme pobytovou sociální službu zájemcům se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí a zájemcům s chronickým duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, a to od 55 let věku.*