

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova sociálních služeb Skřivany

*Příloha k žádosti: vyplní ošetřující lékař zájemce.*

<b><u>Žadatel:</u></b>			
Jméno a příjmení: .....			
Datum narození: .....			
Adresa: .....			
<i>ulice</i>	<i>číslo</i>	<i>místo</i>	<i>PSČ</i>
<b><u>Anamnéza</u></b> (rodinná, osobní):			
<b><u>Objektivní nález</u></b>			
<b><u>Duševní stav</u></b> (popř. projevy narušující kolektivní soužití):			
<b><u>Diagnóza</u></b> (česky):			
a) hlavní: .....	Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu:		
.....			
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: .....	.....		
.....			
<b><u>Potřebuje lékařské ošetření</u></b>			
	trvale	ANO	NE *
	občas	ANO	NE *
<i>Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *</i>			
<b><u>Jiné údaje:</u></b>			

Je schopen chůze bez cizí pomoci	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 *
Orientován		
▪ místem	ANO	NE*
▪ časem	ANO	NE*
▪ osobami	ANO	NE*
Potřebuje zvláštní péči – jakou:		

<b><u>Vyjádření ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do domova pro osoby se zdravotním postižením:</u></b>	
Žadatel o službu je osoba s mentálním postižením	
ANO	NE *
Zájemce o službu není schopen pobytu v pobytové službě 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:.....
<i>Vyplní lékař poskytovatele sociálních služeb</i>	
<b><u>Vyjádření lékaře poskytovatele sociálních služeb o vhodnosti přijetí žadatele do domova pro osoby se zdravotním postižením:</u></b>	
Dne .....	Podpis lékaře:.....