**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE K ŽÁDOSTI

|  |
| --- |
| **1. ŽADATEL**  Jméno a příjmení: .......................................................................................................................  Datum narození: .......................................................................................................................  Adresa bydliště: ....................................................................................................................... |
| **2. ANAMNÉZA (osobní, rodinná):** |
| **3. OBJEKTIVNÍ NÁLEZ, dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy diagnóz na funkční stav):** |
| **4. DIAGNÓZA (česky):**  **Žadatel spadá do okruhu osob sociální služby DOZP a CHB v Domově Brtníky, p. o.:**  Osoby ve věku od 18 let s mentálním postižením, případně kombinovaným s dalšími fyzickými či smyslovými vadami (např. nevidomí, neslyšící), anebo osoby ve věku od 18 let s poruchami autistického spektra projevující se chováním náročným na péči.  **a) hlavní**  **b) ostatní choroby nebo chorobné stavy** |
| **5. POTŘEBA LÉKAŘSKÉHO OŠETŘENÍ, SPECIALIZOVANÉ PÉČE: ANO NE\***  Pokud ANO, uveďte: ....................................................................................................................  .....................................................................................................................................................  Je žadatel pod dohledem specializovaného zdrav. pracoviště – psychiatrie: ANO NE\*  *Pokud ANO, přiložte k tomuto Vyjádření lékaře aktuální zprávu psychiatra, ne starší 3 měsíců.* |
| **6. DUŠEVNÍ STAV**  **(orientovanost žadatele, př. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):** |
| **7. TRPÍ, PŘÍPADNĚ TRPĚL, ŽADATEL NĚJAKOU ZÁVISLOSTÍ? ANO NE\***  Pokud ANO, uveďte: ....................................................................................................................  ..................................................................................................................... |
| **8. SEBEOBSLUHA, SCHOPNOSTI ŽADATELE A DALŠÍ ZDRAVOTNÍ ÚDAJE:**  Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO NE\*  Používá kompenzační pomůcky:  hole chodítko invalidní vozík brýle naslouchadlo zubní náhrada  jiné, uveďte: .................................................................................................................................  Je upoután trvale - převážně\* na lůžko ANO NE\*  Je schopen polohy v sedě, v křesle ANO NE\*  Je schopen sám se najíst napít ANO NE\*  Jiný způsob příjmu potravy, tekutin: .....................................................................................  Porucha příjmu potravy a tekutin: ANO NE\* pokud ANO, jaká: .......................................  Inkontinence moči ANO NE\* pokud ANO, tak trvale občas v noci  Inkontinence stolice ANO NE\* pokud ANO, tak trvale občas v noci  Používá WC křeslo u lůžka ANO NE\*  Defekty kůže ANO NE\*  pokud ANO: dekubity (stupeň, lokalizace) .................................................................................  opruzeniny ................................................................................  jiné ................................................................................  Dieta: ANO NE\* pokud ANO, jaká .......................................  Forma stravy: celá mletá polomletá krájená\* jiná:………….………  Alergie: ANO NE\* pokud ANO, jaké .......................................  ....................................................................................  Sluch: normální nedoslýchá zbytky sluchu neslyší\*  Zrak: normální zhoršené vidění zbytky zraku nevidí\*  Orientace časem: ANO NE\*  Orientace místem: ANO NE\*  Samostatné užívání medikace: ANO NE\*  Samostatné dodržování léčebného režimu: ANO NE\*  Porozumění jednoduchým pokynům: ANO NE\*  Zvládání vlastnoručního podpisu?: ANO NE\*  Schopnost posoudit potřebnost poskytování sociální služby: ANO NE\* |
| **9. VYJÁDŘENÍ DLE § 36 VYHLÁŠKY Č. 505/2006 sb., ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:**  a) vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče ve zdravot. zařízení ANO NE\*  b) je osoba ve stavu akutní infekce ANO NE\*  c) mohlo by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem  narušovat kolektivní soužití ANO NE\* |
| **11. DALŠÍ DOPORUČENÍ K POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:**  **(vyšší míra podpory, zvýšený dohled apod.)** |
| **12. POZNÁMKA A DOPORUČENÍ LÉKAŘE:** |

|  |
| --- |
| *Prohlašuji, že jsem sdělil(a) veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do sociální služby DOZP nebo CHB Domova Brtníky a jsem si vědom(a) toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření nebo vypovězení smlouvy o poskytnutí sociální služby s žadatelem.* |

|  |
| --- |
| Datum:  Razítko a podpis lékaře: |