

## 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 chodítka 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) .....

oprúženiny .....

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\*

**10. DALŠÍ DOPORUČENÍ K POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:  
(vyšší míra podpory, zvýšený dohled apod.)**

**11. 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: