Domov Brtníky
příspěvková organizace
Brtníky 119
407 60

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

* nehodící se škrtněte

Domov Brtníky
příspěvková organizace
Brtníky 119
407 60

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: ANO NE*

pokud ANO, označte:

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*

* nehodící se škrtněte

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) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravot. zařízení ANO NE*
b) osoba je ve stavu akutní infekční nemoci ANO NE*
c) chování osoby by mohlo z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití ANO NE*

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

* nehodící se škrtněte

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:

* nehodící se škrtněte