

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

### O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE O ODLEHČOVACÍ POBYTOVOU SLUŽBU

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa: .....

***Důležitá informace: Odlehčovací pobytová služba je službou sociální a je poskytována v zařízení bez zdravotnického personálu. Uživatel služby po dobu pobytu zůstává v péči svého praktického lékaře.***

1) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?

ano

ne

2) Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití (např. agresivita, výrazná noční aktivita, odmítání spolupráce apod).

ano

ne

3) Trpí žadatel akutní infekční nemocí?

ano

ne

4) Je žadatel bacilonosičem některé infekční nemoci?

ano

ne

5) Žadatel/ka je zdravotně způsobilá samostatně jednat ve věci uzavření smlouvy o poskytnutí odlehčovací pobytové služby dle § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

ano

ne

Je žadatel orientován? časem  ano  ne

místem  ano  ne

osobou  ano  ne

6) Údaje o soběstačnosti:

Najedení, napití  sám  s pomocí

Oblékání  sám  s pomocí

Osobní hygiena  sám  s pomocí

Koupání  sám  s pomocí

- |                         |                                      |  |  |
|-------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Použití WC              | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            |  |
| Schopnost chůze         | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede     |
| Přesun na lůžku (židli) | <input type="checkbox"/> sám         | <input type="checkbox"/> s pomocí            | <input type="checkbox"/> neprovede     |
| <br>                    |                                      |  |  |
| Kontinence moči         | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> část. inkontinentní | <input type="checkbox"/> inkontinentní |
| Kontinence stolice      | <input type="checkbox"/> kontinentní | <input type="checkbox"/> část. inkontinentní | <input type="checkbox"/> inkontinentní |

**7) Je žadatel pod dohledem odborného lékaře?**

- ano (jakého, event. kontakt) .....
- .....
- .....
- .....
- ne

**8) Potřebuje zvláštní péči – jakou? .....**

.....

.....

.....

**9) Alergie**

- ano (jaká) .....
- ne

**10) Dieta:**

- ano (jaká) .....
- ne

11) Rozpis užívaných léků:

JMÉNO :				ROČNÍK NAR.	
	R	P	V	POZNÁMKA	

12) Je zapotřebí, aby žadateli podával léky kvalifikovaný zdravotnický pracovník?

ano       ne

13) Pokud ano, je nutné, abyste vypsali žadateli **Poukaz na ošetření pro agenturu domácí zdravotní péče. Naše služba je poskytována v zařízení bez zdravotnického personálu!!!**

.....

Datum:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře