

PŘÍLOHA č. 2:

Vyjádření lékaře k žádosti o poskytnutí sociální služby Domova svatého Norberta

1. Zájemce:

(Jméno a příjmení / rodné příjmení)

.....

Datum a místo narození:

.....

Bydliště (obec / část obce, PSČ):

.....

(ulice, číslo popisné):

.....

Aktuální místo pobytu:

.....

2. Zdravotní anamnéza:

.....

.....

.....

3. Objektivní nález:

.....

.....

.....

4. Diagnózy:

a) hlavní:

.....

.....

b) ostatní choroby:

.....

5. Alergie:

.....

.....

6. Péče specializovaných ambulancí nebo zdravotnických zařízení? (které, kde)

.....

.....

.....

7. Duševní stav:

a) Poruchy komunikace: ☐ ANO ☐ NE

b) Poruchy orientace: ☐ místem ☐ časem ☐ osobou ☐ situací ☐ věcí

c) Poruchy paměti: ☐ ANO ☐ NE

d) Poruchy prožívání: ☐ deprese ☐ úzkosti ☐ fobie ☐ halucinace ☐ jiné:

e) Poruchy spánku: ☐ ANO ☐ NE

8. Poruchy chování narušující soužití (popište):

○ Agresivita:

.....

○ Závislosti:

.....

○ Jiné (jaké):

.....

.....

9. Soběstačnost:

- Příjem stravy: ☐ samostatně ☐ s dopomocí ☐ s pomocí druhé osoby
- Osobní hygiena: ☐ samostatně ☐ s dopomocí ☐ s pomocí druhé osoby
- Oblékání: ☐ samostatně ☐ s dopomocí ☐ s pomocí druhé osoby
- Obouvání: ☐ samostatně ☐ s dopomocí ☐ s pomocí druhé osoby

10. Mobilita (označte jednu možnost):

- ☐ mobilní přiměřeně k věku
- ☐ chůze pouze s doprovodem
- ☐ chůze, vstávání, usedání, uléhání, pouze s: ☐ dopomocí ☐ pomocí druhé osoby
- ☐ bez chůze, schopnost vertikalizace, sedu a přisednutí
- ☐ upoután/a na lůžko

11. Inkontinence:

- Močová: ☐ ne ☐ noční ☐ převážně ☐ trvale
- Stolice: ☐ ne ☐ noční ☐ převážně ☐ trvale
- Přítomnost: ☐ močového katetru ☐ stomie
- Stupeň inkontinence pro užívání inkontinenčních pomůcek určil:

.....

12. Potřeba kompenzačních pomůcek (jaké):

- Zrak: ☐ brýle (☐ čtení / ☐ dálka) ☐ čočky
- Sluch: ☐ naslouchadlo (☐ pravé ucho / ☐ levé ucho)
- Zubní náhrady: ☐ horní ☐ dolní ☐ ne
- Jiné kompenzační pomůcky:
- Je zavedena NGS, PEG?

13. Vyžaduje žadatel zvláštní péči? (Pokud ano, uveďte prosím jakou).

.....
.....

14. Vyjádření lékaře k možnosti žadatele být uživatelem Domova pro seniory:

.....
.....

15. Žadateli nemůže být poskytnuta pobytová sociální služba dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb. (*nehodící se škrtněte):

- ☐ Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
☐ ANO ☐ NE
- ☐ Žadatel trpí akutní infekční nemocí.
☐ ANO ☐ NE
- ☐ Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.
☐ ANO ☐ NE

Vyjádření vypracoval/a registrující lékař/lékařka:

.....

V: dne:

Razítko a podpis lékaře:

.....