



**Domov „Bez zámků“ Tuchořice**  
 příspěvková organizace  
 439 69 Tuchořice 1

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE/KY

**Požadovaná služba** (nehodící se škrtněte): domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení

Okruh osob:

- osoby – od 19 let věku s mentálním postižením
- osoby – od 19 let věku s kombinovaným postižením (smyslové a tělesné postižení do takové míry, které neovlivňuje samostatný pohyb člověka)

Službu neposkytujeme:

- osobám s převažující psychiatrickou diagnózou (zdravotní stav je posuzován psychiatrem zařízení)
- osobám imobilním

**Příloha k žádosti: vyplní praktický nebo ošetřující lékař žadatele.**

<b>Žadatel (ka)</b> .....  narozen(a) .....  bydliště .....	..... příjmení (u žen též rodné příjmení) ..... jmeno ..... den, měsíc, rok ..... ..... místo ..... ulice ..... číslo .....	
<b>Anamnéza</b> (rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HBsAg):     		
<b>Objektivní nález</b> (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):     		
<b>Duševní stav</b> (popř. projevy narušující kolektivní soužití, hospitalizace v psychiatrické léčebně v minulosti):     		
<b>Diagnóza</b> (česky):  a) hlavní  b) ostatní choroby nebo chorobné stavy		Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Je schopen/schopna sám sebe obsloužit		ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. <i>(vyznačte, ev. doplňte)</i>			
<b>Potřebuje zvláštní péči – jakou:</b>			
<b>Rozpis léků:</b>			
<b>Jiné údaje:</b>			
<b>Vyjádření praktického nebo ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele/ky <i>(zakroužkujte)</i></b>			
1.			
Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.			
ANO      NE			
2.			
Osoba je neschopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.			
ANO      NE			
3.			
Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.			
ANO      NE			
4.			
Osoba má sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.			
ANO      NE			
5.			
Hlavním zdravotním postižením osoby je mentální postižení.			
ANO      NE			

**Vyjádření praktického lékaře o vhodnosti přijetí žadatele/ky:**

Dne .....

Podpis lékaře.....

**Vyjádření psychiatra o vhodnosti přijetí žadatele/ky:**

Dne .....

Podpis lékaře.....

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel/ka o přijetí.

Pokud máte ještě nějaké další lékařské zprávy, prosím, přiložte jejich kopie.

Děkujeme.