

VYJÁDRĚNÍ 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.

Žadatel (ka) příjmení (u žen též rodné příjmení) jméno		
narozen(a) den, měsíc, rok		
bydliště místo ulice číslo		
Anamnéza (rodinná, osobní. Neopomeňte uvést údaje o příp. TBC, bacilonosičství, pozitivitě HBsAg): 		
Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis): 		
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití, hospitalizace v psychiatrické léčebně v minulosti): 		
Diagnóza (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>			
Potřebuje zvláštní péči – jakou:			
Rozpis léků:			
Jiné údaje:			
Vyjádření praktického nebo ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele/ky <i>(zakroužkujte)</i> 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.