

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Vyjádření lékaře doplňuje Žádost o pobyt v Charitním domově Mendryka. Slouží k vyhodnocení, zda žadatel splňuje podmínky pro přijetí do Domova a pro poskytování služby.

Charitní domov Mendryka poskytuje **pobytovou službu sociální péče domov pro seniory** podle §49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Žadatel

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

adresa bydliště: _____

Dopady zdravotního stavu žadatele/žadatelky na míru soběstačnosti

Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci? ANO / NE

Používá hole, chodítko, invalidní vozík? ANO / NE

Trpí závratěmi nebo opakovanými pády? ANO / NE

Chodí po schodech? ANO / NE

Je upoután/a trvale – převážně na lůžko? ANO / NE

Je schopen/schopna sám/sama sebe obsloužit? ANO / NE

Vstane bez pomoci z židle? ANO / NE

Zvedne sám/sama předmět ze země? ANO / NE

Je schopen/schopna sám/sama:

– najíst se ANO / NE

– napít se ANO / NE

– vykoupat se ANO / NE

– umýt si obličej/ruce ANO / NE

– obléci se ANO / NE

– about se ANO / NE

Potřebuje žadatel úpravu stravy?

– úprava stravy před podáním
uveďte způsob úpravy: _____ ANO / NE

– dietní strava
uveďte typ diety: _____ ANO / NE

Je žadatel orientován?

- místem ANO / NE
- osobou ANO / NE
- časem ANO / NE

Trpí žadatel poruchami spánku? ANO / NE

Trpí žadatel alergií? ANO / NE

Pokud ano, uveďte konkrétně:

.....

Má žadatel defekty na kůži? ANO / NE

Pokud ano, uveďte lokalizaci a rozsah defektu, druh a četnost ošetřování:

.....
.....
.....
.....

Je žadatel schopen se sám vlastnoručně podepsat? ANO / NE

Pokud ne, uveďte prosím důvod:

.....
.....
.....
.....

Je žadatel schopen sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby?

ANO / NE

Pokud ne, uveďte prosím důvod:

.....
.....
.....
.....

Má žadatel nějaká zdravotní omezení?

ANO / NE

Pokud ano, uveďte jaká konkrétně:

.....
.....
.....

Potřebuje žadatel péči zdravotní sestry?

ANO / NE

Pokud ano, uveďte konkrétně v čem:

.....
.....
.....

Je žadatel pod dohledem odborného lékaře?

ANO / NE

Pokud ano, uveďte jakého:

.....
.....

Vyžaduje zdravotní stav žadatele poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?

ANO / NE

Je žadatel ve stavu infekce?

ANO / NE

Mohlo by chování žadatele z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití v Domově?

ANO / NE

Popište, co by mohlo být případně komplikací:

.....
.....

Závěrečné vyjádření lékaře

Žadatel JE / NENÍ schopen trvalého pobytu v Charitním Domově Mendryka, který poskytuje pobytovou službu sociální péče domov pro seniory.

V dne

.....
jméno a příjmení lékaře

.....
podpis a razítko