

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 |
| – obout 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
- osobou
- časem

ANO / NE

ANO / NE

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:

.....

.....

.....

.....

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