



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Vyjádření lékaře doplňuje Žádost o pobyt v Charitním domově Mendryka. Slouží k posouzení, 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: _____

Praktický lékař žadatele:

jméno a příjmení: _____

adresa ordinace: _____

telefon, e-mail: _____

A) ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY (podle §36 Vyhlášky 505/2006 Sb.)

1. Zdravotní stav žadatele **vyžaduje** poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení nebo poskytnutí sociálně-zdravotní lůžkové péče (tzn., převyšuje potřebu zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta): **NE – ANO**
2. Žadatel **trpí** akutním infekčním onemocněním: **NE – ANO**
3. Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem **narušovalo** kolektivní soužití: **NE – ANO**, popište konkrétně, jakým způsobem:

4. Trpí žadatel Alzheimerovou demencí? **NE – ANO**

5. Trpí žadatel stařeckou demencí? **NE – ANO**

- má tendence odcházet **NE – ANO**
- potřebuje bezpečnostní prvky (zábrany na schodištích, uzamčená okna, budovu) **NE – ANO**
- je pohyblivý (i s pomůckou) **NE – ANO**
- nevratně imobilní **NE – ANO**

6. Trpí žadatel chronickým duševním onemocněním? **NE – ANO**

7. Objevuje se u žadatele závislost na návykových látkách? **NE – ANO**
8. Vyžaduje stav žadatele poskytování služby na oddělení se zvláštním režimem – tj. oddělení s režimem přizpůsobeným specifickým potřebám klientů trpících stařeckou, Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí, zabezpečující ochranu (vyšší míru dohledu) před vznikem možných rizik (riziko bloudění, ztráty orientace v prostoru, omezení rizika pádu, ublížení si na zdraví)? **NE – ANO**

B) DALŠÍ ÚDAJE

1. Trpí žadatel alergií? **NE – ANO**, prosím popište konkrétně, čemu se máme vyhnout:

.....

2. Žadatel potřebuje zajistit dietní stravování: **NE – ANO**, uveďte konkrétně:

.....

3. Má žadatel nějaká zdravotní omezení, která mají vliv na péči? **NE – ANO**, uveďte konkrétně:

.....

.....

.....

4. Potřebuje žadatel péči zdravotní sestry? **NE – ANO**, uveďte konkrétně jaké úkony a v jakém rozsahu (např. aplikace injekcí, inzulinu, převazy, atp.):

.....

.....

.....

5. Je žadatel pod dohledem odborných lékařů nebo specializovaných zdravotnických pracovníků? **NE – ANO**, uveďte konkrétně:

.....

.....

Vyjádření lékaře bylo vystaveno dne: _____

jméno a příjmení lékaře

podpis a razítko