

Vyjádření lékaře

Vážený doktore! Domov blahoslavené Bronislavy je sociální služba, **domov pro seniory**. V cílové skupině jsou ze zákona takoví senioři, kteří **mají z důvodu věku sníženou soběstačnost a jsou závislí již na pravidelné pomoci okolí**. Toto vyjádření pomáhá k vyjasnění našich zákonných povinností, vyplývajících především ze zákona o soc. službách. Děkujeme předem za vyplnění v co nejrychlejším možném časovém termínu.

Jde o zjištění, zdali žadatel je v naší cílové skupině - domov pro seniory – a to především aktuálním zdravotním stavem, tedy např. 1. nemá akutní infekční onemocnění, 2. jeho zdravotní stav nevyžaduje poskytnutí zdravotní ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, 3. jeho chování by z důvodu onemocnění, demence, duševní poruchy či závislosti nenarušovalo kolektivní soužití nebo 4. vyžaduje dlouhodobou intenzivní rehabilitační péči z důvodu postižení.

1. Osobní údaje zájemce:

a) Jméno a příjmení:

b) Datum narození:

c) Bydliště:

d) Pojišťovna:

2. Projevy chování z důvodu onemocnění:

a) Je zájemce orientován osobou, časem i prostorem?

b) Je v současné době závislý na nějaké návykové látce?

c) Trpí zájemce v současnosti nějakou duševní poruchou?

Jsou u zájemce spolu s těmito onemocněními spojeny projevy agrese? (Popřípadě, jaké to jsou? Jak časté jsou? Jak intenzivní? Jak se těmto stavům dá předcházet a jak je řešit atd.)

Narušuje chování zájemce z výše uvedených důvodů kolektivní soužití?

3. Prodělává zájemce akutní infekční onemocnění?

4. Vyžaduje zdravotní stav zájemce poskytnutí zdravotní ústavní péče ve zdrav. zařízení?

5. Popište v krátkosti a výstižně:

- Pohyblivost zájemce. (např. chodí; chodí s pomocí; pohybuje se kolem lůžka; ležící atp.).
Má předepsány kompenzační pomůcky? (např. hole, vozík apod.):

- Hygiena, inkontinence. Má předepsány inkontinenční pomůcky?:

6. Je zájemce schopen samostatného jednání, (např. podpis smlouvy)?

7. **Další důležité informace o aktuálním stavu zájemce, které jsou důležitá pro posouzení vhodnosti sociální služby.**

8. **Dne:**

podpis a razítko ošetřujícího lékaře: