**Vyjádření lékaře**

příloha k žádosti o uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby domov pro seniory

SENIOR RESIDENCE TERASY

**Žadatel/ka:**

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objektivní nález (status praesens generalis; v příp. orgánového postižení i status localis), váha, výška:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnózy (česky):**

hlavní (+ statistická zn. hlavní choroby dle mezinárod. seznamu)

ostatní choroby nebo chorobné stavy

**Duševní stav (psychotické onemocnění, deprese, návykové látky, agresivita, demence – typ, stupeň, apod.)** – uveďte typ, projevy, obtíže, případně způsoby dosavadní léčby:

**Orientace: ANO NE - v osobě v čase v místě (bloudí)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergie:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Očkování:**

Pneumokok NE ANO kdy:

Chřipka NE ANO kdy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žadatel/ka je pod dohledem speciálního oddělení zdravotnického zařízení:**

NE ANO Jakého:

…………………………………………………………………………………………...………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žadatel/ka potřebuje zvláštní péči - jakou:**

…………………………………………………………………………………..……………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jiná závažná sdělení:**

**Posouzení lékaře, zda podle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. v aktuálním znění, zdravotní stav žadatele nevylučuje poskytnutí sociální služby:**

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

ANO NE

Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

ANO NE

Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

ANO NE

V……………….dne………………

Jméno, razítko a podpis lékaře ……………………..……………