# 



PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření ošetřujícícho lékáře o zdravotním stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby1** | |
| Název poskytovatele  pobytové sociální služby: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žadatel:** | | | | |
| **Jméno, příjmení, titul:** |  | | | |
| **Datum narození:** |  | | | |
| **Zdravotní pojišťovna:** |  | | | |
| **Základní diagnózy žadatele:** | | | | |
|  | | | | |
| **Závažné nemoci žadatele:** | | | | |
| Demence: | ne ano | Typ demence: | | |
| Stupeň demence: | I. II. | III. |  |  |
| Dezorientace v prostoru: | ne ano | | | |
| Mentální postižení: | ne ano | lehké | střední | těžké |
| Další psychiatrická  onemocnění**\***: | ne ano | Upřesnění: | | |
| Závažné projevy chování:  *(např. agresivita apod.)* | ne ano |

**\*** Pokud se vyjádření ošetřujícího lékaře vztahuje k zařízení Domov ve Věži, p. o. a zaškrtnete položku ANO, musí být součástí této přílohy i aktuální lékařská zpráva od psychiatra.

1 Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách.

# 



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Závislosti žadatele:** | | | |
| Na alkoholu: | ne | ano | Upřesnění: |
| Abstinence delší než 1 rok: | ne | ano |
| Jiné návykové látky: | ne | ano |
| **Mobilita žadatele:** | | | |
| Schopnost samostatného  pohybu mimo lůžko: | ne | ano | s pomůckou: |
| **Jiná podstatná sdělení:**  (včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se) | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Další diagnózy žadatele:**  (pouze pro žadatele o službu v zařízení Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.) | | | | | |
| Poúrazové stavy hlavy a páteře: | ne | ano |  |  |  |
| Stav po CMP a jiné neurologické diagnózy s postižením pohybového aparátu: | ne | ano |  |  |  |
| Parkinsonova nemoc: | ne | ano |  |  |  |
| Roztroušená skleróza: | ne | ano |  |  |  |
| Svalová dystrofie: | ne | ano |  |  |  |
| Huntingtonova choroba: | ne | ano / fáze: | I. | II. | III. |

Dne Razítko a podpis lékaře