



Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele žádajícího o poskytnutí pobytové sociální služby

Prosíme lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství, popřípadě v situaci umístění osoby v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jejich ošetřujícího lékaře, o vyplnění zdravotních údajů této osoby dle níže uvedených kategorií dat z důvodu jejich dalšího posuzování individuálních potřeb osoby vyplývajících ze zdravotních stavů registrovanými všeobecnými sestrami dané sociální služby.

DOPORUČUJEME k tomuto formuláři připojit kopie posledních zpráv z vyšetření odborných lékařů – specialistů (neurolog, psychiatr, apod.)

I. ŽADATEL

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

obec

ulice

číslo

PSČ

II. DIAGNÓZA

- **Hlavní** (dle MKN, s doplněním slovně):

.....
.....

- **Ostatní choroby nebo chorobné stavy** (dle MKN, s doplněním slovně):

.....
.....

- **Je žadatel v péči specializované ambulance či poradny?** ANO NE

Pokud ano, uveďte jaké:

III. POTŘEBA ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- **Zdravotní stav žadatele vyžaduje aktuálně poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení?**

ANO NE

Pokud ano, z jakého důvodu:

- **Zdravotní stav žadatele vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči?**

(kyslíková terapie, plicní ventilátor, výživová sonda apod.)

ANO NE

Pokud ano, uveďte jakou:

IV. BEZINFEKČNOST OSOBY

- **Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním?**

(žloutenka, TBC, pohlavní choroby, aj.)

ANO NE

Pokud ano, uveďte jaké:

Pokud žadatel vyžaduje při péči zvýšená hygienická opatření, uveďte jaká:

.....

IV. ZHODNOCENÍ DUŠEVNÍHO STAVU

- **DUŠEVNÍ STAV**

- Projevuje se u žadatele zapomínání? ANO NE
- Je žadatel schopen pochopit obsah a účel sdělovaných informací? ANO NE
- Projevují se znaky verbální či fyzické agrese? ANO NE

Pokud ano, jaké:

- Změnilo se vlivem duševního stavu chování žadatele? ANO NE

Pokud ano, jak:

- **ALKOHOLISMUS A JINÉ TOXIKOMÁNIE**

- Užívá žadatel nadměrně alkohol? ANO NE
- Užívá žadatel nadměrně jiné návykové látky? ANO NE

Pokud ano, jaké:

- Změnilo se vlivem užívání těchto látek chování žadatele? ANO NE

Pokud ano, jak:

- Projevy chování žadatele mohou z důvodu duševní poruchy narušovat kolektivní soužití? ANO NE

Pokud ano, jaké projevy:

V. DOPAD ZDRAVOTNÍHO STAVU

- **MOBILITA**

- Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci? ANO NE
- Pohybuje se žadatel za pomoci kompenzačních pomůcek? ANO NE

Pokud ano, jakých:

- Je žadatel zcela imobilní? ANO NE

- **SMYSLOVÉ SCHOPNOSTI**

- Má žadatel smyslové omezení - zrak, sluch? ANO NE

Pokud ano, jaké používá kompenzační pomůcky:

- **ORIENTACE**

- Je žadatel orientován
 - místem ANO NE
 - časem ANO NE
 - prostorem ANO NE

Pokud žadatel není orientován, napište, jak se dezorientace v dané oblasti projevuje:

.....

- **SEBEOBSLUHA**

- Je žadatel schopen se sám
 - najíst ANO NE
 - obléci ANO NE
 - vykoupat ANO NE
- Trpí žadatel inkontinencí? OBČAS ANO NE

V dne

Razítko a podpis posuzujícího lékaře