



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**o zdravotním stavu pro účely vyhodnocení zdravotního stavu  
žadatele/žadatelky o pobytovou sociální službu.**

Příloha k Žádosti o poskytnutí sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením v Domově sv. Josefa v Žirči.

Vyplní praktický lékař žadatele/žadatelky o sociální službu.

### 1. Žadatel/ka

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

### 2. Dopady zdravotního stavu žadatele/žadatelky na míru soběstačnosti.

Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci?	ANO / NE
Používá hole, chodítko, invalidní vozík?	ANO / NE
Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?	ANO / NE
Chodí po schodech?	ANO / NE
Je upoután/a trvale - převážně na lůžko?	ANO / NE
Je schopen/schopna sám/sama sebe obsloužit?	ANO / NE
Potřebuje lékařské ošetření trvale?	ANO / NE
Potřebuje lékařské ošetření občas?	ANO / NE
Vstane bez pomoci ze židle?	ANO / NE
Zvedne sám/sama předmět ze země?	ANO / NE
Je schopen/schopna se/si sám/sama:	
- najíst	ANO / NE
- napít	ANO / NE
- vykoupat	ANO / NE
- umýt si obličej/ruce	ANO / NE
- obléci	ANO / NE
- about	ANO / NE



**3. Další informace k oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy:**

**4. Duševní stav a závislost na návykových látkách** (uvedte prosím projevy narušující kolektivní soužití).

**5. Diagnóza:**

a) hlavní diagnóza

b) ostatní choroby

**6. Potřeba specializované péče** (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel/ka navštěvuje).

Psychiatrie

Plicní kardiologie

nutriční

Diabetologie

Neurologie

Další:



**7. Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:**

a) Vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?  
ANO - NE

b) Je osoba ve stavu akutní infekce?  
ANO - NE

c) Mohlo by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití?  
ANO - NE

**Další informace:**

**TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NEZahrnuJE ZDrAVOTNÍ DOKUMENTACI**

*Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele/žadatelky do domova pro osoby se zdravotním postižením a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby s žadatelem/žadatelkou.*

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

**Informace pro žadatele/žadatelky:**

Tento formulář přiložte k Žádosti o poskytnutí sociální služby a zašlete na adresu:

Domov sv. Josefa

Sociální pracovnice DOZP

Žireč 1

544 04 Dvůr Králové nad Labem