

## VIJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE k aktuálnímu zdravotnímu stavu zájemce o službu

### Zájemce o službu

Jméno a příjmení, titul:

Datum narození:

### Důležité informace:

*Jsme pobytové sociální zařízení **bez lékaře**.*

*Zatajení některých závažných skutečností ve zdravotním stavu může vést **k zamítnutí** poskytnutí služby v dohodnutém termínu nebo **k předčasnému ukončení** Smlouvy o poskytování odlehčovací služby.*

*Toto lékařské vyjádření slouží jako podklad o zdravotním stavu zájemce při poskytování Odlehčovací služby. Bude uloženo v sesterské dokumentaci a poslouží pro případnou hospitalizaci. Zahrnuje současný zdravotní stav zájemce o službu a je požadováno nejdéle 3 týdny před dohodnutým termínem zahájení poskytování odlehčovací služby.*

### Souhrn diagnóz:

### Žadatel:

má diagnostikovanou demenci u Alzheimerovy nemoci  ANO\*  NE  
\*v jakém stádiu?

trpí závislostí na alkoholu, návykových látkách, pod jehož vlivem by závažným způsobem narušoval kolektivní soužití?  ANO  NE

má mentální postižení?  ANO  NE

trpí jiným chronickým duševním onemocněním?  ANO\*  NE  
\*specifikace:

je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu vyžadující intenzivní vysoce odbornou péči?  ANO  NE

je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu?  ANO\*  NE  
(např. MRSA, žloutenka, ...)  
\*specifikace:

bezinfekčnost v okolí (prostředí) žadatele  ANO  NE

umožňuje jeho zdravotní stav pobyt v našem zařízení,

tj. bez lékařské péče?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
má dekubity:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
mobilita:	<input type="checkbox"/> chodící	<input type="checkbox"/> chodící s pomocí	<input type="checkbox"/> imobilní	
inkontinence:	<input type="checkbox"/> bez potíží	<input type="checkbox"/> inkontinence ..... stupně		
komunikace:	<input type="checkbox"/> bez potíží	<input type="checkbox"/> obtížná		
zrak:	<input type="checkbox"/> bez potíží	<input type="checkbox"/> porucha zraku	<input type="checkbox"/> slepota	
sluch:	<input type="checkbox"/> bez potíží	<input type="checkbox"/> nedoslýchavost	<input type="checkbox"/> hluchota	
čich:	<input type="checkbox"/> bez potíží	<input type="checkbox"/> porucha čichu		
paměť:	<input type="checkbox"/> nenarušená	<input type="checkbox"/> potíže se zapamatováním/vybavením si		
duševní stav:	<input type="checkbox"/> orientovaný			
	<input type="checkbox"/> dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> časem	<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> místem

### Psychický (duševní) stav:

*Vyžadujeme také sdělení o tom, zda žadatel nejeví známky agresivity vůči sobě a okolí, nebloudí a nepřenáší věci z místa na místo, čímž by zasahoval do soukromí ostatních uživatelů, či jeho chování by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.*

### Dohled odborného lékaře (uved'te jakého + v jakém rozsahu je péče poskytována):

Dne .....

.....  
razítko, podpis lékaře