**VYJÁDŘENÍ 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 zdravotní péče. Pokud je však potřeba, musí být zajištěna externě.***

*Zatajení některých závažných skutečností ve zdravotním stavu může vést* ***k zamítnut****í 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 dokumentaci a poslouží pro případnou hospitalizaci. Zahrnuje současný zdravotní stav zájemce o službu a je aktualizován před zahájením poskytování odlehčovací služby pokud dojde ke změně zdravotního stavu.*

|  |
| --- |
| **Souhrn diagnóz:** |
|  |
| **Žadatel:** |
| Strava: ☐ racionální ☐ šetřící ☐ diabetická ☐ nutriční ☐ ……………….. |
| Má diagnostikovanou demenci u Alzheimerovy nemoci ☐ ANO\* ☐ NE  \*v jakém stádiu? |
| Trpí závislostí na alkoholu, návykových látkách? ☐ ANO ☐ NE |
| Má mentální postižení? ☐ ANO ☐ NE |
| Trpí jiným chronickým duševním onemocněním? ☐ ANO\* ☐ NE  \*specifikace: |
| Je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu? ☐ ANO\* ☐ NE  (např. MRSA, žloutenka, …)  \*specifikace: |
| Je v inkubační ochranné lhůtě: ☐ ANO ☐ NE |
| Umožňuje jeho zdravotní stav pobyt v našem zařízení,  tj. bez lékařské péče? ☐ ANO ☐ NE |
| Má dekubity: ☐ ANO ☐ NE |
| mobilita: ☐ chodící ☐ chodící s pomocí ☐ imobilní |
| inkontinence: ☐ bez potíží ☐ inkontinence …………. stupně |
| komunikace: □ bez potíží □ obtížná |
| zrak: □ bez potíží □ porucha zraku □ slepota |
| sluch: □ bez potíží □ nedoslýchavost □ hluchota |
| čich: □ bez potíží □ porucha čichu |
| paměť: □ nenarušená □ potíže se zapamatováním/vybavením si |
| □ orientovaný  □ dezorientovaný: □ časem □ osobou □ 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** (*uveďte jakého + v jakém rozsahu je péče poskytována):* |
|  |

Dne …………………………………

Podpis:………………………………………