**Vyjádření lékaře**

**o zdravotním stavu žadatele, který žádá o poskytování**

**pobytové sociální služby**

Zájemce je povinen před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu.

**Žadatel/ka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

|  |
| --- |
| **Anamnéza (osobní, pracovní)** |
| **Objektivní nález** |
| **Diagnóza** |
| **Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy diagnóz na funkční stav):** | |
| **Potřeba specializované péče** (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel navštěvuje)  Psychiatrie/ diabetologie/ plicní/ neurologie/ kardiologie/ nutriční  Jiné: | |
| **Inkontinence stolice:** ANO –NE  **Inkontinence moči:** ANO -NE | |
| **Doporučení k poskytování služby na oddělení se zvláštním režimem**  (oddělení s režimem přizpůsobeným specifickým potřebám klientů trpících stařeckou, Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí, zabezpečující ochranu (vyšší míra dohledu) před vznikem možných rizik (riziko bloudění, ztráty orientace v prostoru, omezení rizika pádu, ublížení si na zdraví):  ANO-NE | |
| **Alergie:** | |
| **Doplňující informace:** | |
|  | |
| **Datum:** | **Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:** |