



PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby ¹		
Název poskytovatele pobytové sociální služby:		
Žadatel:		
Jméno, příjmení, titul:		
Datum narození:		
Zdravotní pojišťovna:		
Základní diagnózy žadatele:		
Závažné nemoci žadatele:		
Demence:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Typ demence:
Stupeň demence:	<input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III.	
Dezorientace v prostoru:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Mentální postižení:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> lehké <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> těžké	
Další psychiatrická onemocnění*:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Závažné projevy chování: (např. agresivita apod.)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	

* Pokud se vyjádření ošetřujícího lékaře vztahuje k zařízení Domov ve Věži, p. o. a zaškrtnete položku ANO, musí být součástí této přílohy i aktuální lékařská zpráva od psychiatra.

¹ Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.



Závislosti žadatele:

Na alkoholu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Abstinence delší než 1 rok:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Jiné návykové látky:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	

Mobilita žadatele:

Schopnost samostatného pohybu mimo lůžko:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> s pomůckou:
---	---

Jiná podstatná sdělení: (včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)

--

Další diagnózy žadatele: (pouze pro žadatele o službu v zařízení Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.)

Pouřazové stavy hlavy a páteře:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Stav po CMP a jiné neurologické diagnózy s postižením pohybového aparátu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Parkinsonova nemoc:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Roztroušená skleróza:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Svalová dystrofie:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Huntingtonova choroba:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano / fáze: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III.

Dne

Razítko a podpis lékaře