



Domovy pro seniory Šluknov-Krásná Lípa  
Pracoviště: 407 77 Šluknov, Křečanská 630

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele k žádosti pobytové služby v domově pro seniory

Příloha Žádosti o pobytovou službu Domova pro seniory Šluknov

### Okruh osob, kterým je sociální služba určena:

*Senioři od 65 let věku, kteří pro svůj věk a zdravotní stav mají omezené schopnosti vést samostatný život ve svém domově, potřebují pravidelnou pomoc a zároveň péči o ně nelze zajistit dostupnými terénními službami nebo za pomoci rodiny či blízkých osob*

- *osoby po cévní mozkové příhodě,*
- *osoby s degenerativním onemocněním nervové soustavy, jejichž situace vyžaduje stálou pomoc a podporu jiné fyzické osoby.*
- *osoby se zdravotním postižením a chronickým onemocněním*

1. Žadatel			
..... Příjmení		..... jméno	
Rodné číslo:.....		Pojišťovna.....	
Bydliště:			
..... ulice		..... číslo	
..... místo		..... PSČ, pošta	

## 2. Anamnéza

**OA:**

**RA:**

**AA:**

## 3. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, schopnost sebeobsluhy, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení, apod.)

**4. Jaké odborné lékaře žadatel navštěvuje:**

**5. Duševní stav** (orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

**6. Trpí žadatel syndromem demence?**

ANO      **Typ demence:**

**Stupeň:**

Vždy vyplňte typ a stupeň syndromu demence, pokud je u žadatele diagnostikován!

NE

**7. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?**

ANO      Jaké:

NE

## 8. Potřebuje lékařské ošetření

trvale  ANO  NE  
občas  ANO  NE

## 9. Jiné údaje

### **POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY SE VYLUČUJE, JESTLIŽE:**

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- b) jde o osobu se závislostí na návykových látkách a osobu s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, etylická demence), chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití (§36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách)

Schopen/a:  ANO  NE

V .....

Dne .....

.....  
**podpis a razítko vyšetřujícího lékaře**

**\*zaškrtněte správnou nebo nejbližší variantu**

**Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o pobytovou službu.**