VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele pro účely poskytnutí
Odlehčovací služby v SENIOR centru Blansko, p. o.

Žadatel/ka: .....
příjmení jméno titul

Narozen/a: .....
den, měsíc, rok místo

Bydliště: .....
město ulice, č.p. PSČ okres

Jméno a příjmení praktického lékaře: ……..

Adresa: ……..

Telefon: ……..

1. **Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb**

a) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:

□ ANO □NE

b) Žadatel je/není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci:

□ ANO, je schopen □NE, není schopen

c) Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití:

□ ANO □ NE

2. Použití inkontinenčních pomůcek

□ ANO (vložky – vložkové pleny – kalhotky) □ NE

3. Diagnóza

a) Hlavní diagnóza:

b) Ostatní závažná onemocnění:

c) Jedná se o osobu s demencí:

□ ANO □ NE

typ: ..……..……

stupeň demence: ……

4. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných odborných ambulancí včetně jména lékařů, které žadatel navštěvuje, příp. následné termíny lékařských vyšetření):

Psychiatrie:	Gastroenterologie: □ Kolostomie/ileostomie
Plicní:	Kardiologie: □ Kardiostimulátor
Diabetologie:	Nutriční: □ PEG
Nefrologie:	Urologie: □ PMK
Další:	

5. Alergie / Intolerance: ……

6. Datum posledního očkování:

Pneumo 23 / Prevenar 13 ……

Vaxigrip: ……

TAT: ……

Onemocnění Covid-19:

□ ANO datum……

□ NE

7. **Použití postranic:**

   □ ANO důvod…….. kdy: □ celodenně □ pouze na noc

   □ NE

8. **Z důvodu ztráty soběstačnosti žadatel (ne)potřebuje pomoc ošetřujícího personálu:**

   □ nepotřebuje (soběstačný, nepotřebuje pomoc)

   □ částečně (pouze některé úkony)

   □ celodenně (zcela závislý na péči)

Upozornění:

SENIOR centrum Blansko, p. o. <u>nemůže</u> poskytnout odlehčovací službu žadatelům:

- jejichž zdravotní stav vyžaduje zdravotnickou péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- jejichž chování by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- kteří mohou ohrozit sebe a své okolí a narušit tím bezpečí pro stávající uživatele
- v akutní fázi duševního onemocnění jako jsou psychózy, schizofrenie, maniodeprese a těžké poruchy osobnosti
- závislým na návykových látkách
- s vrozenou úplnou hluchotou či slepotou vyžadující specifickou komunikaci, kterou nejsme schopni zajistit
- s poruchou autistického spektra

V …… dne …….. ……

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře