
Vyjádření lékaře k poskytnutí sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením

ŽADATEL O DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.

příjmení, jméno:

datum narození:

bydliště:

Žadatel spadá do cílové skupiny osob s mentálním postižením

podle MNK 10 (F70-F79)

ANO NE*

* pokud žadatel nespadá do cílové skupiny, není třeba dotazník dále vyplňovat

ANAMNÉZA

Osobní anamnéza:

(jaké postižení a v jakém věku lékaři diagnostikovali, např. DMO, Downův syndrom aj., diabetes mellitus, nádorová onemocnění, psychiatrická onemocnění, kardiologická onemocnění, obezita aj.)

DALŠÍ INFORMACE

Epilepsie: ANO NE

Alergie: ANO (jaké)..... NE

Zrakové postižení: ANO (jaké)..... NE

Sluchové postižení: ANO (jaké)..... NE

Omezení v pohybu: ANO (jaké)..... NE

Dieta: ANO (jaká)..... NE

Bacilonosičství: ANO (jaké)..... NE

TBC ANO NE

Kompenzační pomůcky vč. zubní náhrady:

ANO (jaké)..... NE

Orientace ANO NE

Inkontinenční pomůcky ANO NE

Aktuální medikace (užívané léky):

Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení:

ANO NE

Trpí žadatel infekční nemocí, kvůli které není schopen pobytu v zařízeních sociálních služeb:

ANO NE

Chování žadatele by z důvodu duševního onemocnění závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití a pobyt ve skupině:

ANO NE

Je-li žadatel v péči dalšího specializovaného zdravotnického zařízení (plicního, kožního, aj.), uveďte:

Jiné důležité okolnosti, které by mohly mít vliv na poskytování služby chráněného bydlení (závislosti, sklony k sebepoškození, dodržování léčebného režimu, projevy agrese, aj.):

Je-li žadatel v péči psychiatra, je nedílnou součástí aktuální vyjádření lékaře (maximálně 3 měsíce staré, anamnéza, současný stav, hospitalizace, deviantní chování, fobie aj.) **se závěrem – schopen / neschopen pobytu v chráněném bydlení.**

DALŠÍ INFORMACE:

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘI

praktický lékař

jméno:

adresa:

telefon:

psychiatr

jméno:

adresa:

telefon:

psycholog

jméno:

adresa:

telefon:

V

Dne

Vyplnil:

Razítko:

Vyjádření lékaře nesmí být starší 3 měsíců.

Úhradu spojenou s vyplněním tohoto formuláře