**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby v domově pro seniory

**Městské zařízení sociálních služeb, p.o.** Východní 16, 36001 Karlovy Vary

Příloha k žádosti o poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Karlovy Vary – Stará Role, Závodu míru 88/96, 360 17 Karlovy Vary; tel. na sociální pracovnici: 725 944 729

**NEUVÁDĚJTE, PROSÍM, DO VYJÁDŘENÍ ŽÁDNÉ KONKRÉTNÍ DIAGNÓZY**

**Žadatel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení | Jméno | Datum narození |
|  |  |  |
| Trvalé bydliště | | |
|  | | |

1. **Vliv aktuálního zdravotního stavu na omezení nebo ztrátu soběstačnosti žadatele** (př. funkční postižení, tělesná ztráta, speciální režim od odborného lékaře, nebezpečí pádu, Demence-dezorientace, bloudění apod.)

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

1. **Aktuální zdravotní stav:**

* **MOBILITA**
* Mobilní
* Imobilní
* Schopen samostatného pohybu v invalidním vozíku
* Chůze s chodítkem samostatně
* Chůze s chodítkem s pomocí druhé osoby
* **INKONTINENCE**
* Trvalá ANO – OBČAS – NE
* Občasná ANO – OBČAS – NE
* V noci ANO – OBČAS – NE
* **ORIENTOVÁN**
* Místem ANO – ČÁSTEČNĚ – NE
* Časem ANO – ČÁSTEČNĚ – NE
* Osobou ANO – ČÁSTEČNĚ – NE

**Žadatel je v péči speciálního oddělení**

* Plicní ANO – NE
* Neurologické ANO – NE
* Psychiatrické ANO – NE
* Ortopedické ANO – NE
* Chirurgické ANO – NE
* Interní ANO – NE
* Diabetické ANO – NE
* Protialkoholní ANO – NE
* Jiné ANO – NE

jaké: …………………………………………………………………

1. **Závislost na péči druhé osoby**  ANO – NE

doplnění: ……………………………………………………………………

1. **Duševní stav**

* Byla stanovena psychiatrická diagnóza? ANO – NE
* Byla diagnostikována demence? ANO – NE

1. **Stavy vylučující přijetí do zařízení sociálních služeb:**

* Zdravotní stav žadatele vyžaduje trvalou ústavní péči ve zdravotnickém zařízení ANO – NE
* Žadatel trpí akutní infekční nemocí ANO – NE
* Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití, to neplatí u žadatele žádajícího o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem ANO – NE

V……………………., dne………………………..

……………………………………….. Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**Případné dotazy Vám zodpoví sociální pracovnice na tel. čísle: 725 944 729**

**Další informace naleznete na:** [**www.kv-mzss.cz**](http://www.kv-mzss.cz)