

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu v Domově pro seniory Frýdek-Místek, příspěvková organizace

Vyznačte, o kterou z poskytovaných služeb žádáte:

- DOMOV PRO SENIORY
- DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Sociální služba **domov pro seniory** poskytuje pobytovou sociální služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a zdravotního stavu, nemohou žít ve svém stávajícím domácím prostředí a potřebují nepřetržitou a pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

**Domov se zvláštním režimem** poskytuje pobytové služby seniorům, jenž dosáhli 60 let věku, kteří mají následkem stařecké, Alzheimerovy demence a ostatními typy demencí sníženou soběstačnost, jejich situace vyžaduje stálou pomoc a podporu jiné fyzické osoby a potřebnou péči již nelze zajistit v domácím prostředí, prostřednictvím rodiny či jiných sociálních služeb.

Příloha žádosti ev. číslo:

<b>1. Žadatel:</b>		Adresa trvalého bydliště:
Jméno a příjmení:		
Datum narození:		
<b>2. Anamnéza:</b>		
<b>3. Objektivní nález:</b> (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):		
<b>4. Diagnóza:</b>		
a) hlavní		
b) ostatní choroby		

**5. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel navštěvuje.**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> psychiatrie | <input type="checkbox"/> diabetologie |
| <input type="checkbox"/> plicní      | <input type="checkbox"/> kardiologie  |
| <input type="checkbox"/> neurologie  | <input type="checkbox"/> nutriční     |

Další:

- |                                  |                             |                                 |                                |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>6. Inkontinence:</b> stolice: | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> trvale | <input type="checkbox"/> občas |
| moč:                             | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> trvale | <input type="checkbox"/> občas |

- |                                  |                              |                             |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>7. Porucha příjmu stravy:</b> | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| tekutin:                         | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

- |                       |                                     |                                  |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>8. Druh diety:</b> | <input type="checkbox"/> racionální | <input type="checkbox"/> šetřící | <input type="checkbox"/> diabetická |
|                       | <input type="checkbox"/> jiná:      |                                  |                                     |

**9. Datum posledního očkování:**

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prevenar 13 ..... | <input type="checkbox"/> Chřipka .....     | <input type="checkbox"/> TAT ..... |
| <input type="checkbox"/> Covid 19 .....    | <input type="checkbox"/> Hepatitida B..... |                                    |

**10. Alergie:****11. Rozpis léků:****12. Psychický stav:**

- Psychotické onemocnění** (specifikujte projevy onemocnění, obtíže a dosavadní léčba)
- Duševní stav** (projevy s ohledem na narušování kolektivního soužití, např. neklid, nespavost, výkřiky apod.)
- Demence** (uved'te typ a projevy demence, stanovený terapeutický postup)
- Deprese** (popište projevy a způsob léčby)
- Alkohol či jiné návykové látky** (specifikujte, zda se jedná o závislost aktuální či nikoliv)
- Agresivita** (specifikujte její podobu, intenzitu, frekvenci)

Jiné:

**13. Domov pro seniory Frýdek-Místek, p.o. poskytuje rovněž sociální službu domov se zvláštním režimem**

**Vyznačte, která s poskytovaných služeb je pro žadatele vhodná:**

- DOMOV PRO SENIORY  
 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

**14. Zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:**

- a) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení  
 ANO  NE
- b) Žadatel není schopný pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci  
 ANO  NE
- c) Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy mohlo závažně narušovat kolektivní soužití  
 ANO  NE

**Dne:**

**Razítko a podpis praktického/ošetřujícího lékaře:**