**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE/KY**

o poskytování sociální služby - Domov u Františka, příspěvková organizace,

Rybářská 1079, 664 53 Újezd u Brna

**(poplatky spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí Žadatel o přijetí)**

€ **Sociální služba:** Domovy pro seniory

€ **Sociální služba:** Domovy se zvláštním režimem

|  |
| --- |
| **1**. **Žadatel:** jméno, příjmení, titul |
| **2**. **Datum narození:** (den, měsíc, rok)  |
| **3.** **Adresa trvalého bydliště**  |
| **4.** **Objektivní nález:** Při onemocnění pohybového ústrojí popište rozsah omezení. |
| **5.** **Duševní stav:**a) Neurózy:b) Psychózy:* schizofrenie
* maniodepresivní psychóza

c) Oligofrenie: d) Demence:* Alzheimerova demence
* demence spojená s Parkinsonovou chorobou
* ostatní typy demencí
 |
| **6.** **Diagnóza:**a) hlavníb) diagnózy ostatní: |

|  |
| --- |
| **7. Stravování - dieta:** € racionální, € šetřící, € diabetická € diabetická/šetřící € jiná………………………………………… |
| **8.** **Pomoc a podpora v péči o svoji osobu:**Je schopen/a chůze bez cizí pomoci € ano € s dopomocí € neJe upoután/a trvale – převážně\* na lůžko € ano € ne1. francouzské hole € ano € ne
2. chodítko € ano € ne
3. invalidní vozík € ano € ne
4. naslouchadlo € ano € ne

Je schopen/a najíst se sám/a € ano € neJe schopen/a konzumace jídla € ano € s dopomocí € neJe schopen/a dbát o osobní hygienu € ano € provede na vybídnutí  € s dopomocí druhé osoby € neInkontinence: 1. trvale € ano € ne
2. občas € ano € ne
3. v noci € ano € ne

Je schopen/a se dorozumět s dopomocí € ano € ne € s obtížíOrientace: 1. místem € ano € ne
2. časem € ano € ne
3. osobou € ano € ne

 Potřebuje lékařské ošetření 1. trvale € ano € ne
2. občas € ano € ne
 |
| **9.** **Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby:**Dne: Podpis a razítko ošetřujícího lékaře |