**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) hlavní  b) 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 € ne  Je upoután/a trvale – převážně\* na lůžko € ano € ne   1. 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 € ne  Je schopen/a konzumace jídla € ano € s dopomocí € ne  Je schopen/a dbát o osobní hygienu € ano € provede na vybídnutí  € s dopomocí druhé osoby € ne  Inkontinence:   1. trvale € ano € ne 2. občas € ano € ne 3. v noci € ano € ne   Je schopen/a se dorozumět s dopomocí € ano € ne € s obtíží  Orientace:   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 |