**VYJÁDŘENÍ VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU**

pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou sociální službu

**v domově se zvláštním režimem, Žerotínova 319/21, 757 01 Valašské Meziříčí**

DZR je určen osobám od 50 let s chronickým duševním onemocněním, zejména s Alzheimerovou chorobou,   
s lehčími typy demencí nebo postižením po mozkových příhodách, s poruchou paměti a orientace,   
se sníženou soběstačností a se sníženou schopností pohybu (zejména s III. a IV. stupněm závislosti), kteří   
v důsledku svého onemocnění potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba není určena lidem v akutní fázi duševního onemocnění.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Žadatel (jméno, příjmení, titul):**   **Bydliště:** |  |
|  |
| 1. **Datum narození, rodné číslo:** |  |
| 1. **Patří žadatel o službu do uvedené cílové skupiny DZR** (osoba s demencí)? | ANO - NE \*) |
| 1. **Zdravotní anamnéza žadatele:** |  |
| 1. **Hlavní diagnózy:**   **Vedlejší diagnózy:** |  |
| 1. **Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti** (konkrétní dopady diagnóz na funkční stav): |  |
| 1. **Potřeba specializované péče**   (výčet zdravotnických pracovišť, která žadatel navštěvuje) | Psychiatrie: …………………………… Diabetologie: ………………….……………  Plicní: ……………………………………. Neurologie: ……………………..…………..  Kardiologie: ………………………….. Oční: .………………………………..………….  Ušní: …………………………………….. Zubní: …………………………………………… |
| 1. **Datum posledního očkování:** | Chřipka: Tetanus: Pneumokoky:  Hepatitida B: další: |
| 1. **Datum posledního předpisu INKO pomůcek, včetně preskripčního období** | Pleny: Kalhotky: Podložky:  Sáčky: další: |
| 1. **Vyjádření dle §36 vyhlášky 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb** | 1. Vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče  ve zdravotnickém zařízení? ANO – NE \*) 2. Je osoba ve stavu akutní infekce? ANO – NE \*) 3. Mohlo by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití? ANO – NE \*) |
| 1. **Jiná sdělení** | |
| Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do DZR  a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem. | |
| **Datum :** | **Razítko a podpis lékaře:** |

\*) nehodící se škrtněte