Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele o umístění do Domova seniorů Hranice, p.o.
(Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem)

Posláním Domova seniorů je prostřednictvím sociální služby zajistit podporu, pomoc a péči osobám, které z důvodu věku, zdravotního stavu a nepříznivé sociální situace potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby, a ani za pomocí rodiny, přátel a terénních sociálních služeb nezvládají život v domácnosti. Služba je určena osobám od 60 let.

Posláním Domova se zvláštním režimem je umožnit osobám s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence prožít důstojný a spokojený život ve vlídném, laskavém a bezpečném prostředí. Cílovou skupinu tvoří osoby, které pro trvalé změny psychického stavu a na základě odborného doporučení lékaře, potřebují komplexní péči druhé osoby. Služba je určena pro dospělé (od 27let) a seniory s těžkou formou demence vyžadující stálý dohled (ztráta orientace v prostoru a čase), osobám s degenerativním onemocněním mozku, převážně s Alzheimerovou chorobou.

1. **Žadatel/ka**

Příjmení a jméno: ……Datum narození: ……..

Bydliště: ……..

2. **Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

3. **Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Vyžaduje zdravotní stav výše uvedené osoby poskytování nepřetržité péče ve zdravotnickém zařízení? ANO NE*)

Trpí výše uvedená osoba infekční nebo parazitární nemocí, pro niž není schopna pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb? ANO NE*)

Trpí výše uvedená osoba závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách? Prosíme specifikujte. ANO NE*)

4. **Duševní stav žadatele**:

Vyskytují se u výše uvedené osoby projevy narušující kolektivní soužití? ANO NE*)

Jaké projevy?

Trpí výše uvedená osoba Alzheimerovou demencí? ANO NE*)

V jakém stádiu?

5. **Diagnóza** (česky) a) hlavní b) ostatní choroby nebo chorobné stavy Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

6. Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE*)

Je upoután trvale – převážně *) na lůžko ANO NE*)

Je schopen sám sebe obsloužit ANO NE*)

Pomočuje se trvale ANO NE*)

občas ANO NE*)

v noci ANO NE*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. *) ANO NE*)

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

7. **Jiné údaje**: Výše uvedená osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

Je schopna podpisu ANO NE*)

Je schopna samostatně jednat ANO NE*)

Dne ……..

…… ……

jmenovka a podpis lékaře otisk razítka

8. Vyjádření lékaře Domova seniorů Hranice o vhodnosti (vyloučení) poskytování pobytových služeb.

V Hranicích dne …… ….....

podpis lékaře Domova seniorů Hranice

*) nehodící se škrtněte