



Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov  
příspěvková organizace  
Skořická 314, 338 43 Mirošov

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O UMÍSTĚNÍ

### Druh služby: DOMOV PRO SENIORY

Služba domova pro seniory je určena 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.

#### ŽADATEL

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

#### 1. ZÁKLADNÍ DIAGNÓZY

#### 2. DUŠEVNÍ STAV (duševní onemocnění, deprese, úzkosti apod.)

#### 3. SOBĚSTAČNOST ŽADATELE (zaškrtněte vhodnou variantu)

Je žadatel upoután na lůžko?  ano  ne

Používá kompenzační pomůcky (př. chodítka, vozík, hůl)?  ano – jaké?.....  ne

Je žadatel schopen adekvátní verbální komunikace?  ano  ne

Orientace osobou  plná  občasná dezorientace  trvalá dezorientace

Orientace časem  plná  občasná dezorientace  trvalá dezorientace

Orientace místem  plná  občasná dezorientace  trvalá dezorientace

Inkontinence moči	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> trvale	
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> trvale	
Sluch	<input type="checkbox"/> bez vady	<input type="checkbox"/> nedoslýchá	<input type="checkbox"/> zbytky sluchu	<input type="checkbox"/> neslyšící
Zrak	<input type="checkbox"/> bez vady	<input type="checkbox"/> zhoršené vidění	<input type="checkbox"/> zbytky zraku	<input type="checkbox"/> nevidomý
<b>Potřebuje žadatel z důvodu snížené soběstačnosti podporu nebo péči druhé osoby?</b>				
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				

**4. Zdravotní a psychické potíže (omezení) žadatele, o kterých by měl poskytovatel za účelem poskytování služby vědět (př. závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, agresivita a jiná sdělení):**

**5. Žadatel patří mezi osoby (zaškrtněte vhodnou variantu):**

a) osoby s mentální retardací	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
b) osoby s těžkým duševním onemocněním (př. poruchy schizofrenního spektra, psychotické poruchy, ...)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
c) osoby s demencí (Alzheimerova, stařecká, apod.)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
d) osoby závislé na návykových látkách	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
e) osoby, které nejsou schopny pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

V .....

Dne .....

.....

**PODPIS OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**