



Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov,
příspěvková organizace
Skořická 314, 338 43 Mirošov
tel.: 371 511 200
e-mail: sekretariat@dhmirosov.cz
www.dhmirosov.cz

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE O UMÍSTĚNÍ DO DH MIROŠOV

Druh požadované služby: Domov se zvláštním režimem

Služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu stařecké, vaskulární nebo Alzheimerovy demence, pokud jejich snížená soběstačnost vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

1. ŽADATEL

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

1. ZÁKLADNÍ DIAGNÓZY (související s navrhovanou sociální službou) + STANOVENÍ TYPU DEMENCE

2. DUŠEVNÍ STAV (akutní duševní onemocnění, deprese, úzkost, ...)

3. SOBĚSTAČNOST ŽADATELE (zaškrtněte v každém řádku vhodnou variantu):

Je žadatel trvale upoután na lůžko? ne ano

Používá kompenzační pomůcky? ne ano Jaké?

Je žadatel schopný adekvátní verbální komunikace? ne ano

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"/>	trvale	<input type="checkbox"/>	občas		
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	trvale	<input type="checkbox"/>	občas		
Sluch	<input type="checkbox"/>	bez vady	<input type="checkbox"/>	nedoslýchá	<input type="checkbox"/>	zbytky sluchu	<input type="checkbox"/>	neslyší
Zrak	<input type="checkbox"/>	bez vady	<input type="checkbox"/>	zhoršené vidění	<input type="checkbox"/>	zbytky zraku	<input type="checkbox"/>	nevidomý
Potřebuje žadatel z důvodu snížené soběstačnosti podporu nebo péči druhé osoby?	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	ano				
4. Zdravotní a psychické potíže (omezení) žadatele, o kterých by měl poskytovatel vědět, za účelem poskytování bezpečné sociální služby (alkohol či jiné návykové látky - akutní závislost, agresivita, jiná závažná sdělení):								
5. Žadatel patří mezi (v každém řádku zaškrtněte vhodnou variantu):								
a) osoby s mentální retardací	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
b) osoby s těžkým duševním postižením (např. osoby s poruchou schizofrenního spektra a s jinými psychotickými poruchami)	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
c) osoby závislé na návykových látkách (alkohol, toxikomanie)	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
d) osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení vč. akutních fází duševních onemocnění	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
6. Posudek v oblastech (u všech bodů zaškrtněte vhodnou variantu):								
a) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
b) Žadatel není schopný pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	<input type="checkbox"/>	ano	<input type="checkbox"/>	ne				
V								
Dne								
<hr style="border: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto;"/> PODPIS OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE								