

**PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby <sup>1</sup>		
Název poskytovatele pobytové sociální služby:		
<b>Žadatel:</b>		
Jméno, příjmení, titul:		
Datum narození:		
Zdravotní pojišťovna:		
<b>Základní diagnózy žadatele:</b>		
<b>Závažné nemoci žadatele:</b>		
Demence:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Typ demence:
Stupeň demence:	<input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III.	
Dezorientace v prostoru:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Mentální postižení:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> lehké <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> těžké	
Další psychiatrická onemocnění*:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Závažné projevy chování: (např. agresivita apod.)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	

\* Pokud se vyjádření ošetřujícího lékaře vztahuje k zařízení Domov ve Věži, p. o. nebo Domova Nové Syrovce, p. o. a zaškrtnete položku ANO, musí být součástí této přílohy i aktuální lékařská zpráva od psychiatra.

<sup>1</sup> Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

**Závislosti žadatele:**

Na alkoholu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:
Abstinence delší než 1 rok:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Jiné návykové látky:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	

**Mobilita žadatele:**

Schopnost samostatného pohybu mimo lůžko:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> s pomůckou:
---	---

**Jiná podstatná sdělení:**  
(včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)

**Další diagnózy žadatele:**  
(pouze pro žadatele o službu v zařízení Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.)

Pouřazové stavy hlavy a páteře:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Stav po CMP a jiné neurologické diagnózy s postižením pohybového aparátu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Parkinsonova nemoc:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Roztroušená skleróza:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Svalová dystrofie:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Huntingtonova choroba:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano / fáze: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III.

\_\_\_\_\_

Dne

\_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře