

Příloha 3 ke směrnici Jednání se zájemcem o službu

## POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

*Tento dokument je nedílnou součástí Žádosti o poskytnutí sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením Sulická. Jeho podrobné, čitelné a úplné vyplnění je zásadní při rozhodování o poskytování či neposkytování sociální služby. Předem Vám děkujeme za spolupráci.*

(\*Nehodící se škrtněte)

ŽADATEL:	
Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:	
Jméno, příjmení osoby oprávněné právně jednat za žadatele anebo být přítomna u právních jednání (opatrovník, podpůrce, zastoupení členem domácnosti, obecní úřad obce s rozšířenou působností, poručník)	
Tel:	

SCHOPNOST ŽADATELE PRÁVNĚ JEDNAT	
<b>Pokud žadatel nemá zástupce, odpovězte na dotazy uvedené níže:</b>	
Žadatel je schopen samostatně právně jednat při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby?	*Ano – Ne
Co by žadateli bezprostředně hrozilo při nezajištění poskytování pobytové služby?	
Jaká je schopnost žadatele posoudit a řešit samostatně svou situaci?	

ZÁKLADNÍ DIAGNÓZY ŽADATELE	
Základní (hlavní) diagnóza žadatele:	
Hlavním zdravotním postižením žadatele je mentální postižení?	*Ano – Ne
Má žadatel další postižení?	*Ano – Ne
V případě, že ano, jedná se o:	*Smyslové – Fyzické – Duševní
Žadatel trpí nízkofunkční poruchou autistického spektra?	*Ano – Ne

<b>Další onemocnění, operace apod.:</b>	
<b>Aktuální medikace:</b>	
<b>Alergie:</b>	
<b>OSOBNÍ ANAMNÉZA</b>	
Situace žadatele vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby?	*Ano - Ne
Pokud ano, uveďte, jak často:	*Několikrát denně – Několikrát týdně – Několikrát za měsíc
Žadatel potřebuje poskytnutí ošetrovatelské péče zdravotnickými pracovníky? Např. podání léků per os (žadatel je schopen brát léky samostatně, pokud ne, léky podává na základě předpisu zdravotní setra), péče o PEG, aplikace injekcí aj.	*Ano – Ne Upřesnění:
<b>DUŠEVNÍ STAV A PROJEVY CHOVÁNÍ ŽADATELE</b>	
Psychiatrická onemocnění? (Např.: porucha osobnosti, porucha chování, psychotické onemocnění)	*Ano - Ne
Pokud ano, popište:	
Závažné projevy v chování? (Např.: násilí vůči sobě či okolí, narušování kolektivního soužití)	*Ano - Ne
Pokud ano, popište:	
Hospitalizace v psychiatrické léčebně, kdy, důvod?	
<b>LÉKAŘI / SPECIALISTÉ</b>	
<b>U jakých lékařů je zájemce registrován? Uveďte obor/specializaci a kontakt.</b>	
Psychiatri:	

Neurolog:	
Další specialisté:	
(Vhodné přiložit zprávu z posledního vyšetření <b>od psychiatra a neurologa</b> )	
<b>DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE O ZÁJEMCI</b>	
Co by měl poskytovatel o žadateli vědět, aby mohl službu poskytovat <b>bezpečně</b> ?	
Co považujete za vhodné sdělit o zdravotním/psychickém stavu žadatele?	
<b>PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE</b>	
<b>Dle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. kterou se provádění některá ustanovení Zákona o sociálních službách prohlašuji, že:</b>	
Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.	*Ano - Ne
Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.	*Ano - Ne
Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.	*Ano - Ne
<b>Prohlašuji, že jsem uvedl/a pravdivé údaje a jsem si vědom/a, že v případě uvedení nepravdivých údajů může poskytovatel odstoupit od smlouvy o poskytování sociální služby, případně poskytování služby ukončit.</b>	
V Praze dne:	
Jméno a příjmení lékaře:	Podpis a razítko: