

**VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
V SOCIÁLNĚ ODLEHČOVACÍM CENTRU
Kamenická 46, Praha 7**

Jméno a příjmení klienta:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Vyplní praktický/ošetřující lékař

Trpí žadatel aktuálně níže uvedenými poruchami:

Infekční a parazitární choroby všech druhů a stádií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění:

ANO	NE
------------	-----------

Tuberkulóza:

ANO	NE
------------	-----------

Pohlavní choroby v akutním stadiu

ANO	NE
------------	-----------

Jiné onemocnění, kterým by mohl klient ohrozit své okolí:

.....

Anamnéza:

Diagnóza:

Medikace:

Tělesná hmotnost:

Dieta:

Alergie:

Schopnost péče o vlastní osobu:

zvládá zcela sám; zvládá s asistencí plně závislý na pomoci jiné osoby

Chůze:

bez pomoci s pomocí druhé osoby; s holí/chodítkem, nechodící

Inkontinence moči:

občasná; v noci; trvale; permanentní katetr

Inkontinence stolice:

občasná; v noci; trvale; permanentní katetr

Potřebuje lékařské ošetření: trvale; občas

Chronické rány (dekubity, bércové vředy)

ANO NE

lokalizace, velikost, popis a léčebný postup

.....

.....

.....

Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

ANO, jaké oddělení zdravotnického zařízení NE

.....

.....



Psychický stav (psychózy a psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé, resp. jeho chování může znemožňovat klidné soužití v kolektivu:

.....
.....
.....

Smyslové a komunikační poruchy žadatele:

závažná porucha **zraku**

- ANO
 NE

sluchu – komunikace (afázie)

- ANO
 NE

.....
.....

Omezení pro poskytování rehabilitace žadateli:

- NE
 ANO, jaká?

.....
.....

Omezení pro poskytování masáží žadateli:

- NE
 ANO, jaká?

.....
.....

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál (např. sdělení o případné pozitivě u chron. hepatitid, event. jiný závažný nález) :

.....
.....

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování ve zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhlášky č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

V.....dne.....

.....

jméno lékaře, podpis, telefon a razítko

SOUHLAS UŽIVATELE

Klient souhlasí se shromažďováním, používaním a uchovávaním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro účely sociální a zdravotní péče v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a to po dobu nezbytně nutnou k účelu jejich zpracování. Údaje budou zpřístupněny jen odpovědným pracovníkům pověřeným k nakládání s nimi ředitelem poskytovatele.

V dne.....

.....

Podpis žadatele