

**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 infekční onemocnění, kterým by mohl klient ohrozit své okolí:

.....

Anamnéza:

Diagnóza:

Medikace (název léku, síla léku, užívání):



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

.....
.....

Má žadatel psychiatrickou diagnózu? Jakou?

.....
.....



Může uvedená diagnóza ovlivnit chování žadatele tak, že by mohl ohrožit sebe i druhé, resp. jeho chování může znemožňovat klidné soužití v kolektivu?

.....
.....

Trpí žadatel demencí? Uved'te prosím typ/druh a stupeň rozvoje:

.....
.....

Popis projevů onemocnění:

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

Orientovanost žadatele:

.....
.....

Je žadatel agresivní? Převládá u něj noční aktivita?

.....
.....

Je žadatel schopen soužití s dalšími klienty (v našem zařízení jsou dvoulůžkové pokoje)?

.....
.....

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, používáním a uchováváním 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