**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY**

ŽIVOT 90, z. ú.

Žadatel/ka:

Jméno a příjmení žadatele/ky: ………………………………………………………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………………………………RČ: ………………………………………………………………

Zdravotní pojišťovna: ……………….………………………………………………………………………………………………………...

Bydliště: …………………...…………………………………………………………………….........................................................................

Byl/a klient/ka očkován/na proti onemocnění Covid-19 nebo v posledních 180 dnech tuto nemoc prodělal/a?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vyplní praktický/ošetřující lékař:

1. Diagnóza
2. Dieta
3. Alergie

Soběstačnost při běžných denních úkonech:

[ ]  soběstačnost zcela [ ]  soběstačnost omezeně, potřeba asistence

V jakých úkonech: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Chůze:

[ ]  bez pomoci; [ ]  s pomocí druhé osoby;

[ ]  s pomůckou/holí/chodítkem/vozíkem

Inkontinence moči:  [ ]  občasná;  [ ]  v noci;  [ ]  trvale;  [ ]  není

Potřebuje lékařské ošetření

[ ]  trvale [ ]  občas

Chronické rány (dekubity, bércové vředy):

[ ]  NE

[ ]  ANO - lokalizace a velikost………………………………………………………………………………………………………

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

[ ]  NE

[ ]  ANO, jaké oddělení ZZ ……………………………………………………………………………………………………….……………………......................................................

Potřebuje žadatel/ka zvláštní péči?

[ ]  NE

[ ]  ANO, jakou?………………………………………………….…………………………………………...………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..……………….……………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….

**Trpí žadatel/ka níže uvedenými poruchami:**

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

[ ]  ANO

[ ]  NE

Tuberkulóza:

[ ]  ANO

[ ]  NE

Pohlavní choroby v akutním stadiu:

[ ]  ANO

[ ]  NE

Chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování žadatele znemožňuje klidné soužití v kolektivu:

[ ]  ANO

[ ]  NE

…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

Smyslové a komunikační poruchy žadatele/ky:

závažná porucha zraku

[ ]  ANO

[ ]  NE

sluchu – komunikace (afázie)

[ ]  ANO

[ ]  NE

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je nějaká limitace pro poskytování rehabilitace žadateli/ce:

[ ]  NE

[ ]  ANO, jaká?............................................................................................................………………………………………………..

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

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………….……………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….

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

V………………………………dne………………………………….

 jméno lékaře, podpis, telefon, razítko zařízení