

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ  
ODLEHČOVACÍ SLUŽBY  
ŽIVOT 90, Z. Ú.**

**Žadatel/ka:**

Jméno a příjmení žadatele/ky:.....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

**Vypní 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 pozitivě 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