

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE  
O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**

k poskytnutí pobytové soc. služby v DSS Vlašská, Vlašská 25, 118 00 Praha 1

Jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Adresa žadatele:	
Ošetřující lékař, jeho adresa:	

Výpis ze zdravotní dokumentace (vyplní lékař):

Anamnéza:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Diagnózy (česky):	Stat. značka:
a) hlavní _____	_____
b) ostatní choroby _____	_____
Datum posledních očkování:	
Tetanus: _____	Hepatitida typu B: _____ Jiné: _____

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení (pokud ANO, vypište jméno a adresu lékaře):

Psychiatrie \_\_\_\_\_

Neurologie \_\_\_\_\_

Oční \_\_\_\_\_

Interna \_\_\_\_\_

Ortopedie \_\_\_\_\_

Diabetologie \_\_\_\_\_

Plicní \_\_\_\_\_

Jiné \_\_\_\_\_

*(vhodné přiložit zprávu z posledního vyšetření)*

**SEBEOBSLUHA** (*zakroužkujte variantu odpovídající skutečnosti*):

1. orientace:                      osobou                      místem  
   plně      částečně      není                      plně      částečně      není

   časem  
   plně      částečně      není

2. chůze:  
sám                      s pomocí druhé osoby                      nechodí (trvale upoután na lůžko)

s pomocí kompenzačních pomůcek: hůl/berle – chodítko – invalidní vozík

3. inkontinence:

a) moč                      ne                      částečná                      úplná

b) stolice                      ne                      částečná                      úplná

4. závislost na pomoci druhé osoby:

nezávislý                      lehká                      středně těžká                      těžká                      úplná

**Posouzení, zda zdravotní stav žadatele nevylučuje žadatele z poskytnuté pobytové sociální služby podle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb. (nehodící se škrkněte, v případě kladné odpovědi blíže specifikujte)**

a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení (pozn. *DSS Vlašská není zdravotnické zařízení*)

**ano / ne \*)**

b) žadatel není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

**ano / ne \*)**

c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

**ano / ne \*)**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis posuzujícího lékaře

\*) *Nehodící škrkněte*