



VÁŠ BEZPEČNÝ PŘÍSTAV

Domov u fontány

Libušina 1060, 535 16 Přelouč,
tel. 466 959 166-7, www.domovufontany.cz
mail: info@domovufontany.cz

Datum přijetí dokumentu:

POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V OBORU PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU ZÁJEMCE/KYNĚ

Posudek je vyžadován v souladu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v **platném změně** a tvoří přílohu Žádosti o přijetí. Prosíme o jeho vyplnění a případně doplnění o zvláštní lékařský posudek nad rámec požadovaných informací dle uvážení lékaře. Z důvodu ochrany citlivých údajů prosíme vyplněné vyjádření lékaře přiložit k žádosti v zalepené obálce.

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí zájemce o přijetí.

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby sociální péče osobám od 60 let věku, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku nebo změn zdravotního stavu a vyžadují pravidelnou (celodenní) pomoc jiné fyzické osoby.

Domov se zvláštním režimem poskytuje pobytové služby sociální péče osobám od 45 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění Alzheimerovou chorobou, nebo jinými typy demencí, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou (celodenní) pomoc jiné fyzické osoby.

1. Zájemce/kyně o přijetí:

.....
Jméno, příjmení

.....
Datum narození

.....
Bydliště (ulice, č. popisné, obec, směrovací číslo)

2. Zdravotní stav vylučující poskytování pobytové sociální služby:

Zdravotní stav zájemce/kyně vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. ANO NE

Zájemce/kyně není schopen/schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci. SCHOPEN NESCHOPEN

Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; *to neplatí, jde-li o poskytnutí soc. služby v domově se zvláštním režimem.* ANO NE

V případě odpovědi **ANO** specifikujte projevy narušující kolektivní soužití, v jejichž důsledku hrozí reálné nebezpečí závažné újmy na zdraví nebo vzniku vysoké škody na majetku ve vztahu k zájemci, pracovníkům sociální služby či třetím osobám (např. fyzická agrese, suicidální tendence, sebepoškozování apod.)

Specifikace projevů:

3. Zdravotní stav vyžaduje pravidelnou (celodenní) pomoc jiné osoby:

ANO NE

V případě odpovědi **ANO** – uveďte, zda je pravidelná pomoc potřebná z důvodu:

- věku nebo zdravotního stavu
- Alzheimerovy choroby nebo jiného typu demence
- mentálního postižení
- duševního onemocnění
- kombinovaného onemocnění – specifikujte (smyslové postižení, mentální + duševní onemocnění, tělesné + mentální apod.):
- jiné – uveďte:

.....

4. Zájemce/kyně je schopen/a samostatného jednání:

- Je schopen učinit rozhodnutí ANO NE
- Je schopen pochopit mluvené slovo ANO NE
- Je schopen pochopit psané slovo ANO NE
- Je schopen podpisu ANO NE

5. Jiné (např. dietní omezení, orientace, potřebné kompenzační pomůcky):

Dne

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře