



VÁŠ BEZPEČNÝ PŘÍSTAV

# Domov u fontány

Datum přijetí žádosti:

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

## I. 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 znění a tvoří přílohu Žádosti o přijetí. **Prosíme o jeho vyplnění a případně doplnění o zvláštní lékařský posudek nad rámec požadovaných informací dle uvážení lékaře (může být přiloženou zprávou).**

**Zdravotní a ošetrovatelská péče při odlehčovacím pobytu není poskytována!** V případě potřeby zdravotní či ošetrovatelské péče (převaz defektu, aplikace inzulínu atd.) je nutné zajistit domácí zdravotní péči. Se zajištěním se obraťte na Vašeho praktického lékaře nebo přímo na vybranou domácí zdravotní péči, která by docházela do Domova poskytovat zdravotní úkony.

Z důvodu ochrany citlivých údajů prosíme vyplněné vyjádření lékaře přiložit k žádosti v zalepené obálce.

### 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.  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, sebepoškození apod.)*

**Specifikace projevů:**

## 2. Aktuální zdravotní stav a přínáležitost do cílové skupiny Odlehčovací služby:

Aktuální zdravotní stav:

**Přináležitost do cílové skupiny:** Služba je poskytována osobám od 45 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, onemocnění Alzheimerovou chorobou, nebo jinými typy demencí a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

ANO  NE

## 4. 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:

## 5. Zájemce/kyně je schopen/a samostatného jednání:

- |                                   |                              |                             |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Je schopen učinit rozhodnutí      | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen pochopit mluvené slovo | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen pochopit psané slovo   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen podpisu                | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

## 6. Anamnesticky důležité diagnózy:

## 7. Medikace

Název a síla léku	Ráno	Poledne	Večer	Noc

Poznámka:

## 8. Zájemce/kyně je pod dohledem specializovaného oddělení:

.....  
Jméno, příjmení ošetřujícího lékaře

.....  
Kontaktní telefon

Dne .....

.....  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře