**Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele**

**žádajícího o pobytovou sociální službu**

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, **je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče)**.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Informace o osobě, o jejímž zdravotním stavu se posudek vydává (dále jen „osoba“):** | |
| Jméno (či jména): | |
| Příjmení: | |
| Datum narození: | |
| Adresa trvalého pobytu (obec, ulice, PSČ): | |
| 1. **Informace o zdravotním stavu osoby:** 2. **Výčet onemocnění (včetně popisu projevů) ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí.** 3. **Prosím uveďte, zda-li je osoba pod dohledem jiného odborného lékaře, a jakého** | |
|  | |
| 1. **Infekční onemocnění**  * osoba trpí akutním infekčním onemocněním * osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění * uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| 1. **Smyslové postižení**  * osoba trpí vážným postižením sluchu * osoba trpí vážným postižením zraku * uveďte podrobněji, zda a jaké kompenzační pomůcky osoba využívá | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| 1. **Duševní onemocnění**  * zdravotní stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení * popište co nejpodrobněji, jakým způsobem se projevuje osoba navenek (včetně projevů slovní i fyzické agresivity), tj. jaké je její chování vůči své osobě, svému okolí (známým, cizím osobám), prostředí, ve kterém osoba pobývá atp. * popište prosím, zda osoba užívá alkohol či návykové látky | 🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| 1. **Nutnost hospitalizace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo potřeba přístrojového vybavení**  * zdravotní stav osoby vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče * v případě, že hospitalizace osoby není potřebná, uveďte, zda je nezbytné, aby měla osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu k dispozici určité přístrojové vybavení (včetně informace, o jaké vybavení jde), případně zda osoba potřebuje specializovanou zdravotní péči | 🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| 1. **Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby**  * u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností * osoba je orientována vlastní osobou * osoba je orientována časem * osoba je orientována místem * v případě, že u osoby došlo k deterioraci některých kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností, uveďte, zda (případně do jaké míry) je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací * v případě, že osoba má snížené schopnosti v některé výše uvedené oblasti orientace nebo je již nemá zachovány, podrobněji popište, jak se projevují | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
|  |  |
| 1. **Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:** | |
| 1. **Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:** | |
| **komunikace**   * osoba nemá narušenu schopnost komunikace běžným způsobem (verbálně) * osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému * v případě, že má osoba narušenu schopnost komunikace, podrobněji popište, z jakého důvodu je schopnost narušena, případně jakým způsobem osoba komunikuje | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| **i) mobilita** (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)   * osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek * osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek * osoba zvládá udržet polohu v sedě bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek * v případě, že má osoba snížené schopnosti v oblasti mobility, podrobněji popište, zda je nutná a v čem podpora jiné fyzické osoby a jaké kompenzační pomůcky osoba potřebuje | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| **j)stravování**   * osoba má dietní omezení * osoba potřebuje zajistit podávání stravy výživovou sondou nebo pomocí PEG (PEJ) * v případě, že má osoba zvýšené nároky na stravování, podrobněji popište jaké | 🞏 ANO 🞏 NE  🞏 ANO 🞏 NE |
|  | |
| **Pro upřesnění potřeb osoby je možné k žádosti přiložit výsledky odborných vyšetření. V případě, že jsou k žádosti přiloženy, uveďte, o jaká vyšetření jde:** | |
| **Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:**  **…………………………………….**  **datum vydání potvrzení**  **……………………………………. …………………………………….**  **jmenovka a podpis lékaře otisk razítka** | |