



Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele
žadajícího 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):

2. Informace o zdravotním stavu osoby:

- a) Výčet onemocnění (včetně popisu projevů) ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí.
- b) Prosím uveďte, zda-li je osoba pod dohledem jiného odborného lékaře, a jakého



c) Infekční onemocnění

- osoba trpí akutním infekčním onemocněním ANO NE
- osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje

d) Smyslové postižení

- osoba trpí vážným postižením sluchu ANO NE
- osoba trpí vážným postižením zraku ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaké kompenzační pomůcky osoba využívá

e) Duševní onemocnění

- zdravotní stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení ANO NE
- 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



f) Nutnost hospitalizace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo potřeba přístrojového vybavení

- zdravotní stav osoby vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče ANO NE
- 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

g) Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby

- u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností ANO NE
- osoba je orientována vlastní osobou ANO NE
- osoba je orientována časem ANO NE
- osoba je orientována místem ANO NE

- 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



h) Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:

3. Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:

komunikace

- osoba nemá narušenu schopnost komunikace běžným způsobem (verbálně) ANO NE
- osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému ANO NE
- v případě, že má osoba narušenu schopnost komunikace, podrobněji popište, z jakého důvodu je schopnost narušena, případně jakým způsobem osoba komunikuje

i) mobilita (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)

- osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá udržet polohu v sedě bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- 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



j)stravování

- osoba má dietní omezení ANO NE
- osoba potřebuje zajistit podávání stravy výživovou sondou nebo pomocí PEG (PEJ) ANO NE
- v případě, že má osoba zvýšené nároky na stravování, podrobněji popište jaké

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