

## Příloha k žádosti č. 1

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální pobytovou službu, kterou poskytovatel požaduje **doložit se žádostí o sociální službu.**

Heslo pro komunikaci:

1. Žadatel.....datum narození.....  
příjmení (u žen též rodné) jméno

Trv. bydliště.....  
(místo, ulice, číslo, směrovací číslo)

2. Zaškrtněte prosím, zda\*:

- a) zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu závažné akutní infekční nemoci,
- c) chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití,
- d) žadatel trpí Alzheimerovou chorobou nebo vyšším stupněm jiné demence,
- e) pro žadatele neplatí žádná z výše uvedených možností

3. Anamnéza (rodinná, osobní)

4. Očkování:

TETANUS.....

PREVENAR.....

DALŠÍ.....

4. Objektivní nález: (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

5. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

6. Diagnoza (česky)

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu a) hlavní:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

7. Potřebuje lékařské ošetření - trvale: ANO NE\*

- občas: ANO NE\*

Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např.: plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.\*

Potřebuje zvláštní péči – jakou?:

Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitální chorobu?

ANO NE\*

Pokud ano, pro jakou?.....

Je léčen nebo sledován pro tuberkulózu? ANO NE\*

Pokud ano, v jakém stadiu a v jaké formě, kým sledován:

.....  
.....

Přílohy

- a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno  
c) podle potřeby-na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření

Žadatel je schopen:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| a) podpisu          | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| b) porozumět textu  | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| c) běžné komunikace | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

9. Jiné údaje:

Dne:

.....  
Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

\*nehodící se škrtněte