



**Vyjádření praktického lékaře k žádosti o poskytnutí sociální služby
Domova se zvláštním režimem sv. Luisy
(§ 50 zákona č. 108/2006 Sb.)**

Vážený pane doktore, paní doktorko,

obracíme se na Vás s žádostí o Vaše vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o službu v Domově se zvláštním režimem sv. Luisy. Vaše vyjádření je součástí žádosti o zařazení do služby.

Naše služba je určena lidem se sníženou soběstačností, kteří vyžadují celodenní pomoc druhé osoby z důvodu onemocnění demencí (např. Alzheimerovy choroby či demence jiného typu). A tuto situaci již není možné řešit ani za pomoci rodiny či terénních sociálních služeb.

Prosíme o vyplnění následujících údajů i vzhledem k tomu, že naše služba je poskytována v pobytovém zařízení kolektivně a v klient může být ubytován na dvoulůžkovém pokoji.

Děkujeme za Váš čas.

Jméno, příjmení, titul žadatele:

Datum narození: **Zdravotní pojišťovna:**

Aktuální zdravotní stav:

Diagnózy (s ohledem na doporučení pobytu v sociální službě domova se zvláštním režimem)

Duševní stav (včetně ev. duševní poruchy, jejichž projevy by narušovaly kolektivní soužití.
Uveďte, jaké projevy se u žadatele objevují (např. agresivita, noční aktivita apod.):

a) **demence** (uveďte typ, stádium demence a její projevy):

b) **psychotická onemocnění** (specifikujte projevy onemocnění, obtíže):

c) **deprese** (popište projevy a způsob léčby):

d) **agresivita** (specifikujte blíže její podobu, intenzitu, frekvenci a co je potřeba ke zvládnutí této agrese):

e) **jiná závažná sdělení:**

Medikace (přesný rozpis léků):

Alergie:

Stav kůže (dekubity, otlaky, puchýře, opruzeniny):

Je zájemce pod dohledem specializovaného oddělení nebo poradny? Uveďte jaké:

Zákonné důvody, které mohou být důvodem k neuzavření smlouvy:

- a) vyžaduje zdravotní stav zájemce trvalou odbornou péči ve zdravotnickém zařízení?
ANO – NE
- b) trpí zájemce akutním infekčním onemocněním, pro něž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociální služby?
ANO – NE
- c) je zájemce aktuálně závislý na návykových látkách?
ANO – NE

**) nehodící se škrtněte*

Datum, razítko a podpis lékaře: