



**JIHOMĚSTSKÁ  
SOCIÁLNÍ a.s.**

## **DOMOV PRO SENIORY A ODLEHČOVACÍ CENTRUM**

---

Janouchova 670/1, 149 00 Praha 11 – Háje  
Telefon: 603 205 396, email: soc@jmsoc.cz

### **VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O SOCIÁLNÍ SLUŽBU**

*nutné předložit s Žádostí o pobytovou službu*

*Informace budou využity pro nastavení poskytování kvalitní péče při soužití budoucích uživatelů na vícelůžkovém pokoji s přihlédnutím na individuální potřeby žadatele.*

Jméno a příjmení zájemce: .....

Rodné číslo: ...../..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště: .....

Jména a adresa praktického lékaře: .....

.....

Anamnéza:

Diagnóza:

Medikace:

Tělesná hmotnost:

Dieta:

Alergie:

Mobilita

- Chůze bez pomoci  ANO  NE
- Kompenzační pomůcky  hole  chodítko  invalidní vozík
- Je upoután trvale-převážně na lůžko  ANO  NE
- Je schopen polohy v sedě, v křesle  ANO  NE
- Je schopen se sám najíst  ANO  NE

Inkontinence moči  občasná  trvale  
 močová lahev  permanentní katetr

Inkontinence stolice  občasná  trvale

Stomie  ANO, jaká.....  NE

WC křeslo  ANO  s pomocí  NE

Inkontinence pomůcky  ANO, jaké.....  NE

Potřebuje lékařské ošetření:  trvale  občas

Chronické rány (dekubity, bérkové vředy):  ANO  NE

lokalizace, velikost, popis a léčebný postup: .....

.....

Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

ANO, jaké oddělení zdravotnického zařízení  NE

.....

.....

.....

Psychický stav

MMSE.....

Trpí žadatel závislostí  ANO.....  NE

Poruchy příjmu potravin, tekutin  ANO.....  NE

Trpí žadatel nějakou formou demence  ANO, typ.....  NE

Závažná porucha:

zraku  ANO, jaká.....  NE

sluchu  ANO, jaká.....  NE

řeči  ANO, jaká.....  NE

.....

Žadatel využívá služby:

Homecare  ANO, jaká.....  NE

Terénní pečovat. službu  ANO, jaká.....  NE

Jiné.....

Další sdělení o případné pozitivě u chron. hepatitid, TBC, očkování proti pneumokokům, chřipce, tetanu, event. jiný závažný nález:

.....

.....

Informace o prodělání, očkování COVID-19

Termín prodělání..... Očkování – počet vakcín.....

Dle z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, platném znění a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění

Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití, to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Žadatel není výše uvedenou osobou a jeho přijetí doporučuji

V.....

dne.....

.....  
jméno lékaře, podpis, telefon a razítko

Vyjádření lékaře nesmí být starší jak 2 měsíce v době podání žádosti, před případným nástupem můžeme požadovat jeho aktualizaci.

## **SOUHLAS ŽADATELE S NAKLÁDÁNÍM S OSOBNÍMI ÚDAJI**

Žadatel souhlasí se shromažďováním, používáním a uchováváním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro účely sociální a zdravotní péče v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 a dalšími právními předpisy v oblasti ochrany osobních údajů. Údaje budou zpřístupněny jen odpovědným pracovníkům pověřeným k nakládání s nimi ředitelem poskytovatele.

V Praze dne:.....

.....  
Podpis žadatele (budoucí uživatel)