

VYJÁDŘENÍ 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 chodítka 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

Inkontin. 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)