**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**1. ŽADATEL**

Jméno a příjmení: ....................................................................................................................

Datum narození: ......................................................................................................................

**Účel posudku:**

Tento posudek je vydáván za účely posouzení žádosti přijetí výše jmenovaného do pobytové sociální služby – Nový domov, domov pro osoby se zdravotním postižením dle § 91 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

**2. OBJEKTIVNÍ NÁLEZ,** dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy

diagnóz na funkční stav):

**3. DIAGNÓZA (česky):**

Žadatel spadá do okruhu osob sociální služby DOZP Nový domov:

Osoby ve věku od 18 let s poruchami autistického spektra projevující se chováním náročným na péči.

a) hlavní diagnóza ....................................................................................................................................

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: ..................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**4. POTŘEBA LÉKAŘSKÉHO OŠETŘENÍ, SPECIALIZOVANÉ PÉČE: ANO NE\***

Pokud ANO, uveďte: .................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Je žadatel pod dohledem specializovaného zdrav. pracoviště – psychiatrie: ANO NE\*

Pokud ANO, přiložte k tomuto Vyjádření lékaře aktuální zprávu psychiatra, ne starší 3 měsíců.

**5. TRPÍ, PŘÍPADNĚ TRPĚL, ŽADATEL NĚJAKOU ZÁVISLOSTÍ? ANO NE\***

Pokud ANO, uveďte: ....................................................................................................................

**6. SEBEOBSLUHA, SCHOPNOSTI ŽADATELE A DALŠÍ ZDRAVOTNÍ ÚDAJE:**

Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO - NE\*

Je upoután trvale - převážně\* na lůžko: ANO - NE\*

Je schopen sám se najíst napít: ANO - NE\*

Jiný způsob příjmu potravy, tekutin: .....................................................................................

Inkontinence moči ANO NE\* pokud ANO, tak trvale občas v noci

Inkontinence stolice ANO NE\* pokud ANO, tak trvale občas v noci

Dieta: ANO NE\* pokud ANO, jaká .......................................

Alergie: ANO NE\* pokud ANO, jaké .....................................

Sluch: normální - nedoslýchá - zbytky sluchu - neslyší\*

Zrak: normální - zhoršené vidění - zbytky zraku - nevidí\*

Orientace časem: ANO - NE\*

Orientace místem: ANO - NE\*

Samostatné užívání medikace: ANO - NE\*

Samostatné dodržování léčebného režimu: ANO-NE\*

Porozumění jednoduchým pokynům: ANO - NE\*

**7. VYJÁDŘENÍ DLE § 36 VYHLÁŠKY Č. 505/2006 sb., ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ**

**POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**:

a) vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče ve zdravot. zařízení ANO NE\*

b) je osoba ve stavu akutní infekce ANO NE\*

Datum:

Razítko a podpis lékaře: