

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

Toto vyjádření slouží pro účely poskytování sociální služby denní stacionář a je nedílnou součástí Žádosti o poskytování sociální služby do Domova Libnič a Centra sociálních služeb Empatie.

Všechny údaje prosím vyplňujte čitelně! Pro objektivní posouzení žádosti doporučujeme přiložit psychiatrické vyjádření lékaře o aktuálním stavu žadatele.

**1. Žadatel:** pan(i) .....  
(příjmení, jméno, rodné příjmení popř. další příjmení)

**2. Narozen:** .....  
(den, měsíc, rok)

**3. Bydliště:** .....  
(obec, ulice, PSČ)

### **4. Důležité diagnózy pro příjem na denní stacionář (česky):**

a) hlavní

b) ostatní nemoci či jiná přidružená onemocnění

Statistická značka hlavní choroby dle mezinárodní klasifikace nemocí: .....

**5. Aktuální zdravotní stav + alergie** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdravotnickém zařízení apod.)

**6. Duševní stav** (projevy narušující kolektivní soužití, jiné specifické projevy chování a další důležité údaje).

**7. Je žadatel pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení a jakého?** (psychiatrického, protialkoholního, neurologického, ortopedického aj. - vhodné připojit výsledky vyšetření k žádosti)

**8. Je žadatel léčen nebo je sledován pro infekční nebo parazitární onemocnění?** (vhodné připojit výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno)

**9. Trpí žadatel (případně trpěl) závislostí, pokud ano - jakou?** (drogy, alkohol, nikotin atd.)

**10. Potřebuje žadatel zvláštní péči? Popřípadě jakou.**

**11. Hodící se zakroužkujte**

Je schopen chůze bez cizí pomoci (ano x ne)

Používá-li kompenzační a speciální pomůcky (např. invalidní vozík, brýle, naslouchadlo, protéza, ortéza) uveďte jaké.....  
.....

Je schopen se sám obsloužit (ano x ne)

Inkontinence moči	(ne x trvale x občas x v noci)
Inkontinence stolice	(ne x trvale x občas)
Je orientován	(místem x časem x prostorem)
Je schopen pochopit mluvené slovo	(ano x ne)

**12. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytování sociální služby.**

**Dne** **razítko** **podpis vyšetřujícího lékaře**

Přílohy vyjádření lékaře (případně budou vyžádány před nástupem):

- Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- Dle potřeby – např. výsledky vyšetření neurologického, očního, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.