



**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO/OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu zájemce o poskytování pobytové služby**

**v Domu sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích**

**dle § 49, 50 a § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve zn. pozdějších předpisů**

<b>1. Zájemce:</b>		
	Jméno	Příjmení
<b>Narozen/a (datum, místo):</b>		
<b>Bytem:</b>		
	Obec:	Směrovací číslo:
<b>2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):</b>		
<b>3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):</b>		
<b>4. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):</b>		
<b>5. Diagnóza (česky):</b> Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu: a) hlavní		



b) ostatní choroby nebo chorobné stavy (Abusus alkoholu, Abusus toxických látek, Patologické hráčství)

c) vyšetření na HBsAG (nesmí být starší jednoho roku):

d) Rtg. plic (na zvážení lékaře):

**6. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti (ZAKROUŽKUJTE SPRÁVNOU ODPOVĚĎ)**

Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko		ANO	NE
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE
Inkontinence	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní, onkologického, apod.*)		ANO	NE
Potřebuje zvláštní péči		ANO	NE

Pokud ano jakou:

**7. Jiné údaje (ZAKROUŽKUJTE SPRÁVNOU ODPOVĚĎ)**

Zájemce má Alzheimerovu nemoc	ANO	NE
Zájemce trpí chronickým duševním onemocněním	ANO	NE
Zájemce je závislý na návykových látkách nebo alkoholu	ANO	NE
Zájemce je osobou s onkologickým onemocněním v akutním stádiu vyžadující intenzivní vysoce odbornou péči	ANO	NE
Zájemce je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu	ANO	NE
Zájemce potřebuje výživu gastrickou sondou, popř. jinou pomůckou	ANO	NE
Zájemce vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení	ANO	NE
Zájemce je mentálně postižený	ANO	NE
Zájemce je tělesně hendikepovaný	ANO	NE



**Vyjádření lékaře před nástupem do zařízení nesmí být starší 6 měsíců.**

V .....dne.....

.....  
Razítko a podpis praktického/ošetrujícího lékaře

**8. Vyjádření lékaře zařízení o vhodnosti umístění žadatele do zařízení, byl-li o ně požádán:**

V Bolaticích dne.....

.....  
Razítko a podpis lékaře zařízení

\*) Neplatné prosím přeškrtněte

Žájemce o přestěhování do Domu sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích souhlasí se zjišťováním a shromažďováním osobních a citlivých údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, obecného nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen „**Nařízení**“) a ve spojení se zákonem o zpracování osobních údajů. Tento souhlas je po celou dobu, kdy bude jeho Žádost o poskytování sociálních služeb v Pořadníku čekatelů a po celou dobu umístění v zařízení Dům sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích, až do doby archivace a skartace.