



**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO/OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

**o zdravotním stavu zájemce o poskytování služby sociální péče v Domu sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích, dle § 46 (denní stacionář) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

**1. Zájemce:**

Jméno

Příjmení

**Narozen/a  
(datum, místo):**

**Bytem:**

Obec:

Směrovací číslo:

**2. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):**

**3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):**

**4. Diagnóza (česky), 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):

**5. Doporučené dietní opatření:**

a) alergie



<b>6. Jiné schopnosti a míra soběstačnosti (ZAKROUŽKUJTE SPRÁVNOU ODPOVĚĎ)</b>			
Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Je upoután trvale - převážně*) na lůžko		ANO	NE
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	NE
Jaké kompenzační pomůcky zájemce užívá: *) vycházková hůl, francouzské berle, pevné/mobilní chodítko, MIV, ortézu, jiné:			
Inkontinence	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Jaké inkontinentní pomůcky zájemce užívá			
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:			
<b>7. Jiné údaje (ZAKROUŽKUJTE SPRÁVNOU ODPOVĚĎ)</b>			
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

Dům sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích  
Příspěvková organizace  
ul. Družstevní 1058/15  
747 23 Bolatice  
IČ: 17518075



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

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

.....  
Razítko a podpis praktického/ošetřujícího 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

Zájemce o poskytování služby **Denního stacionáře** v Domě 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 platný po celou dobu, kdy bude Žádost o poskytování sociálních služeb vedena v zařízení Dům sociálních služeb sv. Kateřiny v Bolaticích, až do doby archivace a skartace.