**Vyjádření lékaře jako nedílná součást žádosti o poskytování sociální služby v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem**

Vyjádření lékaře nesmí být starší 3 měsíců.

**ČÁST A**

**Žadatel**

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna žadatele:

**Lékař**

Jméno:

Adresa:

Telefon:

Žadatel/ka trpí níže uvedenými zdravotními potížemi, která vylučují přijetí do Domova pro seniory:

a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení ANO NE

b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci ANO NE

c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití ANO NE

**ČÁST B (POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY)**

**Vyplňuje ošetřující lékař.**

Celkové posouzení zdravotního stavu:

Potřeba lékařského ošetření trvale x občas:

Potřeba specializované péče a pomůcek (například PEG, stomie, oxygenátor, odsávačka…):

Je žadatel pod dohledem specialisty nebo odborného pracoviště (například plicní, neurologie, psychiatrie, onkologie, kardiologie, diabetologie…):

**Pouze pro domovy se zvláštním režimem**

**ČÁST C (POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY)**

**Vyplňuje lékař specialista (neurolog nebo psychiatr).**

**Žadatel**

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna žadatele:

**Lékař**

Jméno:

Adresa:

Telefon:

*Každé zařízení zde doplní definici své cílové skupiny.*

Příklad: Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem v Domově důchodců v Černožicích jsou osoby starší 40 let s chronickým duševním onemocněním (Alzheimerova, vaskulární, stařecká demence nebo demence jiného typu), kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby, jimž bylo toto onemocnění diagnostikováno odborníkem z oboru psychiatrie nebo neurologie. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti v důsledku onemocnění demence nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.

1. Bylo žadateli diagnostikováno onemocnění demence? Ano Ne

Pokud ano, kdy, demence jakého typu a jakého stupně je v současné době.

………………………………………………

……………………………………………..

……………………………………………..

1. Poslední výsledek testu MMSE:………ze dne:…………………
2. Bylo žadateli diagnostikováno jiné duševní onemocnění? Ano Ne

Pokud ano, jaké?

……………………………….

……………………………….

……………………………….

1. Trpí žadatel poruchami spánku? Ano Ne
2. Trpí žadatel opakovanými pády? Ano Ne
3. Trpí žadatel opakovanými delirii? Ano Ne

Pokud ano, jak často, v jaké denní době a jak se projevují?

…………………………..

…………………………..

…………………………..

1. Jsou u žadatele patrné poruchy chování včetně projevů bloudění, agresivity, psychotických příznaků a poruchy nálady? Ano Ne

Pokud ano, popis:…………….

………………………………………..

1. Je zjištěn aktuálně návyk na alkohol, léky či jiné omamné a psychotropní látky? Ano Ne

Pokud ano, projevy a potřeby…………………..

………………………………………………………………….

1. Jaké léky související s duševním onemocněním žadatel užívá?
2. Jiné sdělení lékaře důležitá pro posouzení žádosti žadatele

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