

## POSUDEK LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Datum podání žádosti (vyplní DSS Liblín):

Evidenční číslo žádosti:

---

**Informace pro žadatele:** - s tělesným postižením, - s lehkým a středním mentálním postižením  
- seniorům

**Poskytnutí pobytové služby v DSS Liblín se vylučuje z důvodu:**

- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

**Službu neposkytujeme osobám:**

- ✓ se smyslovým postižením (slepota, hluchota, hluchoněmý)
  - ✓ s diagnózou Alzheimerova choroba - chodící
  - ✓ s těžkým a hlubokým mentálním postižením
  - ✓ s poruchou autistického spektra
  - ✓ těžké poruchy chování a osobnosti
  - ✓ osobám závislým na toxických látkách
- 

**Jméno a příjmení žadatele** .....

**Zdravotní pojišťovna:** .....

**Mobilita:**

Schopen/a chůze samostatně	ANO	NE
chůze do schodů	ANO	NE
zcela imobilní	ANO	-

**Kompenzační pomůcky** - vycházková hůl - FH - chodítko - invalidní vozík

**Sebeobsluha** – posadit se sám, obléci se, najíst se sám ANO NE

**Inkontinence** - moči - stolice - úplná inkontinence ANO NE

**Orientace:** - časem - osobou - místem - situací - neorientuje se

- Při péči o osobu je nutný přístup **z obou stran lůžka**
- Při péči o osobu postačuje přístup **z jedné strany lůžka**

**Duševní stav:** (poslední lék. zpráva z psychiatrie, projevy narušující kolektivní soužití, demence)

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

**Osoba s mentálním postižením:**

- LMR (lehká slabomyslnost, lehká mentální subnormalita, oligofrenie, debilita)
- SMR (střední slabomyslnost, středně těžká mentální subnormalita, těžká oligofrenie,)
- Osoba s některým typem demence (stařecká, degenerativní)

**Dieta:** .....

**Alergie:** .....

**Onemocnění COVID-19:** onemocnění prodělal/a .....

Očkování proběhlo .....

PCR test .....

**Bacilonosičství (HBsAg, MRSA, apod.)** .....

**Žadatel je pod dohledem specializovaného oddělení:**

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| - plicní,                | - interní odd. |
| - neurologie,            | - kardiologie  |
| - psychiatrie,           | - hematologie  |
| - ortopedie,             | - diabetologie |
| - chirurgie,             | - urologie     |
| - protialkoholní poradna | - oční, ušní   |

**PRAKTICKÝ LÉKAŘ ŽADATELE, adresa, telefon:**

**Mudr.**.....

Další důležité zdravotní údaje:

-----  
-----

**Je žadatel schopen samostatného jednání o uzavření Smlouvy o poskytnutí sociální služby?**  
(pochopí žadatel význam smlouvy a její ujednání?)

- ANO
- NE

**Datum:**

**Razítko a podpis lékaře**