**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: MUDr.…………………………………… místo……………………………………..**

Další důležité 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**