



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

**Domovy se zvláštním režimem** jsou určeny pro seniory, kteří trpí **Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence** mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

### 1. ŽADATEL/ZÁJEMCE:

Jméno: ..... Příjmení ..... titul.....

Datum narození (den, měsíc, rok).....

Adresa trvalého bydliště: ..... PSČ: .....

Zdravotní pojišťovna .....

### 2. OBJEKTIVNÍ NÁLEZ: při onemocnění pohybového ústrojí popište rozsah omezení.

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

### 3. DUŠEVNÍ STAV:

a) **Neurózy:** .....

#### b) **Psychózy:**

schizofrenie

maniodepresivní psychózy

c) **Oligofrenie:** .....

#### d) **Demence**

Alzheimerova demence

demence spojená s Parkinsonovou chorobou

ostatní typy demence

Projevy demence nebo psych. onemocnění  ANO  NE

Pokud ano, popište aktuální stav: .....

**5. Závislost na návykových látkách:**  ANO  NE

Pokud ano, popište prosím aktuální stav:

.....

**6. Diagnóza (česky):** Statistická značka choroby podle mezinárodního seznamu

a) hlavní: .....

b) ostatní: .....

c) alergie: .....

**7. Stravování:**

racionální     šetřící     diabetická     jiná .....

**8. Pomoc a podpora v péči o svoji osobu**

Je schopen/a chůze bez cizí pomoci                       ANO         NE         S DOPOMOCÍ

Je upoután/a na lůžko                                       ANO         NE         ČÁSTEČNĚ

**Používání kompenzačních pomůcek:**

francouzské hole

invalidní vozík

chodítka

naslouchadlo

Je schopen/a se sám najíst                               ANO         NE         ČÁSTEČNĚ

Je schopen/a sebeobsluhy                               ANO         NE         ČÁSTEČNĚ

**Inkontinence**     ANO         NE         ČÁSTEČNĚ

**Orientace**

1) místem     ANO     NE

2) časem     ANO     NE

3) osobou     ANO     NE

**Dohled specializovaného oddělení:**               ANO         NE

Neurologického, poslední kontrola .....

Psychiatrického, poslední kontrola.....

Poradny diabetické, poslední kontrola .....

Jiné .....

**Výše uvedené údaje jsou všechny aktuální a pravdivé.**

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

**Podpis a razítko lékaře**

**Tento formulář je povinnou přílohu žádosti o sociální službu a bez něj nemůže být žádost zaevidována. Lékařské vyjádření odevzdejte v zalepené obálce z důvodu zachování lékařského tajemství.**