



Domovy sociálních služeb Litvínov  
Příspěvková organizace  
Zátiší 177, 435 42 Litvínov - Janov

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele do DSS Litvínov

1. Žadatel .....

Příjmení (u žen též rodné) a jméno

.....  
Datum a místo narození

.....  
Adresa trvalého pobytu, PSČ, obec

### 2. Žadatel o službu (zakroužkujte):

Trpí akutní infekční chorobou	ANO	NE
Je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	ANO	NE
Je upoután na lůžko	ANO	NE PŘEVÁŽNĚ
Je schopen sebeobsluhy	ANO	NE ČÁSTEČNĚ
Dispenzarizace:	ANO	NE OBČAS
○ Plicní		
○ Diabetologie		
○ Oční		
○ Psychiatrie		
○ Neurologie		
○ Interna		
○ Ortopedie		
○ Chirurgie		
○ Hematologie		
○ Alkoholicko-toxikologická poradna		

Užívá kompenzační pomůcky ANO NE

Pokud ano, tak jaké:

Trpí poruchou komunikace ANO NE

**Žadatel trpí těmito chorobami:**

○ Tuberkulóza	ANO	NE
○ Psychóza a psychické poruchy	ANO	NE
○ Chronický alkoholismus	ANO	NE
○ Toxikománie	ANO	NE
○ Infekční choroby	ANO	NE

**Orientace**

Osobou	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Místem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ
Časem	PLNĚ	ČÁSTEČNĚ	NENÍ

**3. Vyjádření smluvního lékaře ke zvolenému druhu služby:****Diagnózy (vypište):**

Doporučuji nabízený druh služby:

 **Domov pro seniory**

Cílovou skupinou této služby jsou: Muži a ženy, kteří dovršili věku 65 let a v důsledku svého zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, či jiné nepříznivé sociální situace vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

**Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:**

osobám s chronickým duševním onemocněním (např. schizofrenie, etylická demence, Alzheimerova nemoc a jiné typy demence) nebo se závislostí na návykových látkách a osobám, které jsou agresivní vůči sobě a svému okolí.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo by její chování z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

- Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou nemocí a ostatními typy demence.**

Muži a ženy, u kterých byla stanovena diagnóza Alzheimerova nemoc nebo jiný typ demence od 55 let věku, kteří v důsledku svého zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

**Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:**

Osobám závislým na návykových látkách a s jiným typem chronického duševního onemocnění (např. schizofrenie, etylická demence).

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.

- Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a etylickou demencí**

Cílovou skupinou této pobytové služby jsou: Muži, u kterých byla stanovena diagnóza chronické duševní onemocnění a etylická demence od 41 let věku, kteří mají snížené poznávací schopnosti, časté změny chování a nálad, problémy s orientací, vnímáním, pamětí, vyjadřováním porozuměním, problémy se zvládnutím každodenních běžných činností, a proto vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a kterým tuto pomoc nemůže poskytnout žádná terénní služba nebo osoby blízké.

**Tuto službu dle § 91 bodu 3 a § 49 bodu 1 zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 36 neposkytujeme:**

Seniorům od 65 let, osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence a osobám závislým na návykových látkách.

Do této cílové skupiny proto nepatří osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, dále pokud osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.

**4. Je žadatel schopný života v kolektivním zařízení?**

**5. Inkontinence Hodící se označte**

ANO

NE

**Stupeň:**

**MOČ  
STOLICE.**

I.  
I.

II.  
II.

III.  
III.

**6. Druh diety**

- normální
- žlučnicková
- diabetická
- jiná.....

**Žadatel je schopen jednat o smlouvě, porozumět obsahu smlouvy:**  
ANO NE

**Žadatel je schopen podpisu smlouvy:** ANO NE

**Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro obecní úřad obce s rozšířenou působností, který bude za klienta podle § 91, odst. 6, zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb uzavírat.**

V.....  
.....  
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Dne.....