



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

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu:

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Cílová skupina DOZP:

osoby s různým stupněm mentálního postižení, včetně postižení s kombinovanými vadami, kteří v důsledku snížené nebo chybějící soběstačnosti si **nemohou zajistit základní životní potřeby**, využívat veřejná místa, získávat si práci, uplatňovat svá práva a jsou závislí na pomoci jiné osoby ve stupni lehké až úplné závislosti.

Cílová skupina je tvořena klienty od 18 let do 64 let

- **s mentálním postižením** od nejlehčího až k hlubokému stupni mentální retardace
- **s kombinovaným postižením** : a / mentální retardace a smyslové postižení
b / mentální retardace a tělesné postižení
c / mentální retardace a společně smyslové a tělesné postižení

Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

(§ 36 prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb., k zákonu č. 108/2009 Sb., o sociálních službách)

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.
- osoby s těžkou poruchou chování, s výraznou agresivitou, která ohrožuje zdraví jejich i ostatních klientů
- osoby nejsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby

1. Žadatel

Příjmení (u žen též rodné) a jméno

.....
Datum a místo narození

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

2. Anamnéza osobní:

3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis)

4. Duševní stav

5. Diagnóza (česky):

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Mobilita žadatele (*hodící se, označte)

Žadatel je mobilní:

SÁM BEZ POMOCI	S POMOCÍ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY
S POMOCÍ DALŠÍ OSOBY	JE IMOBILNÍ

7. Inkontinence (*hodící se, označte)

TRVALÁ	OBČASNÁ	V NOCI
--------	---------	--------

8. Je pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.:

ANO	NE
-----	----

- Trpí akutní infekční nemocí: ANO NE
- Přijímá jídlo přirozenou cestou: ANO NE
- Potřebuje zvláštní péči: ANO NE
Pokud ano, jakou:

9. Jiné údaje:

V.....

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Dne.....