

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele pro pobytovou službu:

Chráněné bydlení

Cílová skupina CHB

Lidé s lehkou až střední formou mentálního postižení a s kombinovaným postižením, chronickým duševním onemocněním a etylickou demencí od 19 do 64 let věku, kteří mají zájem být připravováni na přechod do samostatného bydlení.

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 soužití s ostatními lidmi
- 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.....