Formulář je společný pro pobytové sociální služby zřizované Plzeňským krajem.
Při podání žádostí více poskytovatelům lze akceptovat stejné výtisky nebo kopie vyjádření lékaře.

PLZEŇSKÝ KRAJ
zřizovatel

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O UZAVŘENÍ SMLOUVY

o poskytnutí sociální služby příspěvkovou organizací Plzeňského kraje

1 Žadatel

Jméno, příjmení, titul

Datum narození žadatele

2 Zdravotní anamnéza

Anamnéza (osobní)

Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis)

Diagnóza – hlavní (český název a označení dle mezinárodního číselníku, trvalá medikace žadatele)

Diagnóza – vedlejší, příp. další diagnostikované choroby a chorobné stavy

3 Popis zdravotního stavu

Mobilita

Způsob mobility	◯ samostatné chůze	◯ chůze s oporou / chodítkem	◯ mobilní s vozíkem	◯ zcela imobilní

Schopnost sebeobsluhy (specifikujte míru závislosti na péči)

Stravování	◯ samostatně	◯ s dohledem	◯ s asistencí	◯ podáváno druhou osobou
Oblékání	◯ samostatně	◯ s dohledem	◯ s asistencí	◯ zajištění druhou osobou
Hygiena	◯ samostatně	◯ s dohledem	◯ s asistencí	◯ zajištění druhou osobou
Fyziologická potřeba	◯ samostatně WC	◯ kompenzační pomůcky	◯ inkontinenční pomůcky	

Smyslová omezení (zrak, sluch)

Orientace

orientace osobou	◯ ano	◯ částečně	◯ ne
orientace místem	◯ ano	◯ částečně	◯ ne
orientace časem	◯ ano	◯ částečně	◯ ne
orientace aktuální situací	◯ ano	◯ částečně	◯ ne

Duševní onemocnění (specifikujte projevy onemocnění, obtíže a způsoby dosavadní léčby) ◯ ano ◯ ne

Demence (uveďte typ demence, stádium a projevy demence, stanovený terapeutický postup) ◯ ano ◯ ne

Deprese (popište projevy a způsoby léčby) ◯ ano ◯ ne

Mentální postižení	◯ ne	◯ lehké	◯ středně těžké	◯ těžké

Porucha autistického spektra (specifikujte, uveďte případné chování náročné na péči) ◯ ano ◯ ne

Alkohol, návykové látky a jiné závislosti (specifikujte, zda se jedná o závislost aktuální či nikoliv) ◯ ano ◯ ne

4 Závažné projevy chování

Závažné projevy chování, agresivita (specifikujte její podobu, intenzitu, frekvenci, příp. doporučený postup) ○ ano ○ ne

5 Jiné důležité údaje

Jiné důležité údaje ke zdravotnímu stavu a zdravotní rizika ovlivňující běžný život

6 Vyjádření ošetřujícího lékaře (dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění)

Vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele k datu vydání vyjádření.

zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení, s výjimkou sociálně-zdravotní lůžkové péče	○ ano	○ ne
žadatel trpí akutní infekční nemocí, pro niž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb	○ ano	○ ne
chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití (poslední bod neplatí pro službu domov se zvláštním režimem)	○ ano	○ ne

7 Vyplnil(a)

Jméno lékaře **Telefon** **Email**

Datum **Podpis, razítko lékaře**