M-07-P02b

 PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

DENNÍ STACONÁŘ, SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÁ DÍLNA - KAVÁRNA

|  |
| --- |
| **Vyjádření ošetřujícího lékáře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby1** |
| Název poskytovatelesociální služby: |  |

|  |
| --- |
| **Žadatel:** |
| **Jméno, příjmení, titul:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Zdravotní pojišťovna:** |  |
| **Základní diagnózy žadatele:** |
|  |
| **Závažné nemoci žadatele:** |
| Demence: | ne ano | Typ demence: |
| Stupeň demence: | I. II. | III. |  |  |
| Dezorientace v prostoru: | ne ano |
| Mentální postižení: | ne ano | lehké | střední | těžké |
| Další psychiatrickáonemocnění**\***: | ne ano | Upřesnění: |
| Závažné projevy chování:*(např. agresivita apod.)* | ne ano |

# **\*** Pokud se vyjádření ošetřujícího lékaře vztahuje k zařízení Domov ve Věži, p. o. a zaškrtnete položku ANO, musí být součástí této přílohy i aktuální lékařská zpráva od psychiatra.

1 Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dokument vznikl v rámci projektu „Návrh optimalizace sítě a zefektivňování

procesů pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_007/0006477 kofinancovaného z Operačního programu Zaměstnanost.

|  |
| --- |
| **Závislosti žadatele:** |
| Na alkoholu: | ne | ano | Upřesnění: |
| Abstinence delší než 1 rok: | ne | ano |
| Jiné návykové látky: | ne | ano |
| **Mobilita žadatele:** |
| Schopnost samostatnéhopohybu mimo lůžko: | ne | ano | s pomůckou: |
| **Jiná podstatná sdělení:**(včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se) |
|  |

|  |
| --- |
| **Další diagnózy žadatele:**(pouze pro žadatele o službu v zařízení Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.) |
| Poúrazové stavy hlavy a páteře: | ne | ano |  |  |  |
| Stav po CMP a jiné neurologické diagnózy s postižením pohybového aparátu: | ne | ano |  |  |  |
| Parkinsonova nemoc: | ne | ano |  |  |  |
| Roztroušená skleróza: | ne | ano |  |  |  |
| Svalová dystrofie: | ne | ano |  |  |  |
| Huntingtonova choroba: | ne | ano / fáze: | I. | II. | III. |

# Dne Razítko a podpis lékaře

Dokument vznikl v rámci projektu „Návrh optimalizace sítě a zefektivňování

procesů pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_007/0006477 kofinancovaného z Operačního programu Zaměstnanost.