

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

### o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby v Domově pro seniory Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb

Domov pro seniory - Domova Barbora Kutná Hora poskytuje služby osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci pro svou sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc další osoby a tuto pomoc jim není možné zajistit v jejich domácím prostředí. Služba je určena osobám, které dosáhly věku 65 let. Služba je poskytována formou celoročního pobytu.

#### Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje:

- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, osobám, které nejsou schopny pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- osobám, jejichž chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití,

**Příloha k žádosti  
o poskytování sociální služby  
podávané dne:  
( doplň pracovník zařízení )**

**1. Žadatel:** .....  
příjmení (popř. rodné příjmení) křestní jméno

**narozen:** .....  
den, měsíc, rok místo okres, stát

**bydliště:**

**2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)**

**3. Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy  
diagnóz na funkční stav):**

**4. Duševní stav (zejm. projevy, které by mohly narušovat kolektivní soužití)**

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby v Domově pro seniory  
Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb

### 5. Diagnóza - Stat. značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Je schopen chůze bez cizí pomoci ?  ANO  NE

Je upoután trvale – převážně na lůžko ?  ANO  NE

Je schopen sám sebe obsloužit ?  ANO  NE

Potřebuje lékařské ošetření?  trvale (denní přítomnost lékaře, ne hospitalizace)  
 občas

Potřebuje žadatel zvláštní péči?

- omezený pohyb  NE  ANO, spec.: .....

- vyšší míra dohledu  NE  ANO, spec.: .....

- jiné .....

### 7. Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb: (ZAŠKRTNĚTE, POKUD PLATÍ)

a) Zdravotní stav žadatele **nevyžaduje hospitalizaci** ve zdravotnickém zařízení.

b) Žadatel **netrpí akutní infekční nemocí**.

c) Chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem **nenaruší kolektivní soužití**.

### 8. Přílohy (vyjmenujte):

**TOTO VYJÁDŘENÍ NENAHRÁZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI**

9. Datum: ..... Podpis vyplňujícího lékaře:.....

### 10. Vyjádření smluvního lékaře Domova o vhodnosti služby pro žadatele:

dne:..... Podpis smluvního lékaře:.....