

Vážená paní doktorko/pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o zaslání vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o sociální službu - domov pro seniory.

Vaše stanovisko je důležité pro posouzení, zda žadatel splňuje podmínky pro přijetí do domova seniorů dané zákonem o sociálních službách a našimi vnitřními pravidly. Zaslané informace dále poslouží k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

Posudek, popř. výpis ze zdravotní dokumentace adresujte prosím na adresu Domova seniorů Drachtinka, Erbenova 1631, 53901 Hlinsko.

V případě dotazů se prosím obraťte na vedoucí zdravotního oddělení p. Ivanu Volfovou, tel. 724 748 568.

.....

Bc. Miroslava Šiváková
Vedoucí sociálního oddělení
Domova seniorů Drachtinka

Vyjádření lékaře

Jméno, příjmení žadatele	
Datum narození	

Vyplní ošetřující lékař žadatele:

Diagnózy (lze nahradit kopií lékařské zprávy z nemocnice):

Prosím zakroužkujte stav, který PLATÍ:

			<i>poznámky</i>
Žadatel:			
je	není	schopen chůze bez cizí pomoci	
je	není	schopen sám se obsloužit	
je	není	inkontinentní	
je	není	v péči specializovaného oddělení ZZ (<i>uved'te jakého</i>)	
je	není	trvale upoután na lůžko	

Žadatel (demence): **ano x ne**

Pokud ano, uveďte prosím níže:

			<i>poznámky</i>
ano	ne	lehká	
ano	ne	střední	
ano	ne	těžká	

Žadatel (duševní stav):			poznámky
je	není	orientován místem	
je	není	orientován časem	
je	není	orientován osobou	

Žadatel:			poznámky
je	není	schopen se podepsat	
rozumí	nerozumí	obsahu ústně sděleného	
rozumí	nerozumí	obsahu písemně sděleného	

Současná terapie a její dávkování (medikace včetně event. převazového materiálu k léčbě ran):

POTVRZUJI, že t. č. u nemocného není známek onemocnění infekčního (střevní infekce, TBC), psychiatrického s výrazným neklidem, nebezpečným sobě i jiným, ani akutního onemocnění somatického, kontraindikující přijetí.

Je-li žadatel v péči psychiatra, uveďte prosím:

Domov seniorů Drachtinka poskytuje službu této cílové skupině:

- Senioři od 60 let věku převážně z Hlinecka se sníženou pohyblivostí, schopností sebeobsluhy z důvodu věku nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, která jim nemůže být poskytnuta rodinnými příslušníky, ambulantní či terénní sociální službou.

Domov seniorů Drachtinka neposkytuje službu osobám:

- Jejichž zdravotní stav vyžaduje akutní zdravotní péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- Které trpí infekční nemocí
- Jejichž chování narušuje kolektivní soužití, a to zejména osobám s konfliktním jednáním narušující společenské normy a pravidla společenského soužití
- Závislým na alkoholu nebo jiných návykových látkách
- Agresivním vůči sobě či okolí

Prosím zakroužkujte vybranou variantu:

Pro výše jmenovaného žadatele doporučuji/nedoporučuji pobytovou službu sociální péče v Domově seniorů Drachtinka (otevřené zařízení bez zvláštního režimu).

Praktický lékař		
Adresa		
E-mail		Telefon:

Pokud toto „Vyjádření lékaře“ vyplňuje ošetřující a nikoliv praktický lékař žadatele, prosím doplňte:

Příjmení, jméno, titul ošetřujícího lékaře:

Telefon:

V dne.....

.....
Datum, razítko a podpis praktického/ošetřujícího lékaře