

Vážená paní doktorko/pane doktore,

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

Domov seniorů Drachtinka poskytuje služby převážně seniorům 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.

Vaše stanovisko je důležité pro posouzení, zda žadatel splňuje podmínky pro přijetí do domova seniorů dané zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a našimi vnitřními pravidly. Zasláné informace dále poslouží k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

Posudek, popř. výpis ze zdravotní dokumentace zašlete 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 lékaře¹ o zdravotním stavu
pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou
sociální službu

Žadatel:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Jméno praktického lékaře:

Adresa:

Telefon:

Anamnéza:

Diagnóza (Ize nahradit kopíí lékařských zpráv)

- a) hlavní diagnóza

- b) ostatní choroby

¹ Posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu

Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (konkrétní projevy diagnóz na funkční stav – např. schopnost sebeobsluhy, mobilita ...):

Inkontinence stolice: ANO X NE

Inkontinence moči: ANO X NE

Porucha příjmu potravy a tekutin: ANO X NE

Duševní stav (např. projevy narušující kolektivní soužití, orientace, kognitivní schopnosti...)

Potřeba poskytování služby na oddělení se zvláštním režimem - oddělení s režimem přizpůsobeným specifickým potřebám klientů trpících stařeckou, Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí, zabezpečující ochranu (vyšší míra dohledu) před vznikem možných rizik (riziko bloudění, ztráty orientace v prostoru, omezení rizika pádu, ublížení si na zdraví): ANO X NE

Pozn.

Potřeba specializované péče (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které žadatel navštěvuje)

Psychiatrie ANO X NE

Diabetologie ANO X NE

Plicní ANO X NE

Kardiologie ANO X NE

Neurologie ANO X NE

Nutriční ANO X NE

Další:

Alergie:

Datum posledního očkování:

Pneumo 23 (Prevenar 13)

Očkování proti chřipce

TAT

Jiná očkování:

Očkování proti Covid 19: ANO X NE

Pokud ano:

Název:

Datum:

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

Požadované přílohy:

- a) výsledky vyšetření na bacilonosičství - pokud je indikováno
- b) dle potřeby vyjádření odborného lékaře, kde je žadatel dispenzarizován
- c) kopie posledních lékařských zpráv specializovaných pracovišť

Vyjádření dle §36 vyhlášky č.505/2006 Sb. zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:

- a) zdravotní stav osoby nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- b) osoba je schopna pobytu v zařízení sociálních služeb a netrpí akutní infekční nemocí
- c) chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem nenarušuje kolektivní soužití

Pro výše jmenovaného žadatele **DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI**
pobytovou službu sociální péče v Domově seniorů Drachtinka (zařízení bez zvláštního režimu).

TOTO VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE NENAHRADUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do pobytové sociální služby Domova seniorů Drachtinka a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se žadatelem.

Datum:

Razítko a podpis lékaře: