

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU
ŽADATELE O SLUŽBU SOCIÁLNÍ PÉČE V CENTRU DENNÍCH SLUŽEB MOTÝL,
FÜGNEROVA 937, HLINSKO 539 01**

INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE: _____

DATUM NAROZENÍ: _____

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: _____

SOUHLASÍM S TÍM, ŽE NÍŽE UVEDENÉ ÚDAJE BUDOU PŘEDÁNY SOCIÁLNÍMU PRACOVNÍKOVÍ
CDS MOTÝL PRO ÚČELY POSOUZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE.

PODPIS ŽADATELE: _____

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE, OPATROVNÍKA: _____

ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE: _____

ADRESA: _____

KONTAKTNÍ TELEFON: _____

INFORMACE O SLUŽBĚ

CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB MOTÝL JE REGISTROVANÁ AMBULANTNÍ SLUŽBA SOCIÁLNÍ PÉČE, KTERÁ POSKYTUJE **PODPORU LIDEM SE ZDRAVOTNÍM, MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM OD 18 LET VĚKU, JEJICHŽ SITUACE VYŽADUJE POMOC JINÉ OSOBY A POSKYTNUTÍ AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY.**

PÉČE A PODPORA JE POSKYTOVÁNA PŘI ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ A PŘI ZAPOJOVÁNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA VRSTEVNÍKŮ S OHLEDEM NA INDIVIDUÁLNÍ POTŘEBY, MOŽNOSTI A ZÁJMY.

TATO SLUŽBA JE POSKYTOVÁNA FORMOU **AMBULANTNÍ PÉČE DENNĚ OD 7:30 DO 16:30 HODIN (VYJMA VÍKENDŮ A STÁTNÍCH SVÁTKŮ).**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

1. PATŘÍ ŽADATEL DO OKRUHU OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM S OHLEDEM NA VYMEZENOU CÍLOVOU SKUPINU? (VIZ VÝŠE INFORMACE O SLUŽBĚ).

ANO – NE

POZNÁMKA:

2. VYSKYTUJE SE U NĚJ V SOUČASNÉ DOBĚ TAKOVÝ ZDRAVOTNÍ STAV, KTERÝ VYŽADUJE LÉČEBNOU PÉČI V LŮŽKOVÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ?

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

3. JE ŽADATEL LÉČEN PRO INFEKČNÍ NEMOC NEBO PARAZITÁRNÍ CHOROBU?

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

4. VYSKYTUJE SE U NĚJ NĚJAKÁ FORMA ONEMOCNĚNÍ DEMENCE?

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

5. VYSKYTUJE SE U NĚJ OHROŽOVÁNÍ SEBE NEBO SVÉHO OKOLÍ, CHOVÁNÍ NARUŠUJÍCÍ SOUŽITÍ V KOLEKTIVU? JAKÉ?

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

6. MÁ ŽADATEL NĚJAKÁ ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ, KTERÁ JE TŘEBA V PRŮBĚHU SLUŽBY ZOHLEDNIT? (EPILEPSIE, ALERGIE, DIETNÍ OMEZENÍ, IMOBILITA, ATD.)

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

7. POTŘEBUJE ZVLÁŠTNÍ PÉČI? JAKOU?

ANO – NE

POZNÁMKA: _____

JINÉ ÚDAJE DŮLEŽITÉ K POSOUZENÍ ŽÁDOSTI:

DATUM, PODPIS A RAZÍTKO LÉKAŘE:

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI A VYPLNĚNÍ POŽADOVANÝCH ÚDAJŮ.