

Vážená paní doktorko/pane doktore,

dovolujeme si Vás požádat o zaslání vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o poskytování sociální služby v Domově seniorů Drachtinka. Poskytovány jsou služby - domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

*Cílovou skupinou služby **domova pro seniory** jsou převážně osoby s trvalým pobytem na území města Hlinska nebo v jiné obci Mikroregionu Hlinecko zejména starší 60 let, které potřebují každodenní nepřetržitou individuální podporu, pomoc a péči v rozsahu nabízených služeb v oblastech mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobních aktivit a záležitostí, kterým péči nelze zajistit terénními nebo ambulantními sociálními službami v domácnosti, nebo kterým hrozí riziko sociální izolace a které nevyžadují celodenní intenzivní zdravotnickou péči.*

*Cílovou skupinou služby **domov se zvláštním režimem** jsou osoby starší 65 let, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu Alzheimerovy choroby, stařecké demence nebo jiného druhu demence, jejichž nepříznivá sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, kterou nelze zajistit v domácím prostředí ani s pomocí terénních či ambulantních sociálních služeb.*

Vaše stanovisko je důležité pro posouzení, zda žadatel splňuje podmínky pro přijetí do Domova seniorů Drachtinka 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, tel. 724 748 568

.....  
Bc. Miroslava Řezníčková  
Vedoucí sociálního oddělení  
Domova seniorů Drachtinka

**Vyjádření lékaře<sup>1</sup> o zdravotním stavu**  
**pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou**  
**sociální službu**

<p><b>Žadatel:</b></p> <p>Jméno a příjmení:</p> <p>Datum narození:</p> <p>Bydliště:</p>
<p><b>Jméno praktického lékaře:</b></p> <p>Adresa:</p> <p>Telefon:</p>
<p><b>Anamnéza:</b></p>
<p><b>Diagnóza (lze nahradit kopií lékařských zpráv)</b></p> <p>a) hlavní diagnóza</p> <p>b) ostatní choroby</p>

---

<sup>1</sup> 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 NENAHRAZUJE 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: