



*Domov Turovice, z.ú., se sídlem Turovice č.p. 104, 751 14 Turovice
zapsaný v rejstříku ústavů, KS v Plzni, oddíl U, vložka 132,*

IČ: 063 32 307 zastoupený ředitelkou Mgr. Zinou Filip Dadlíkovou, DiS.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o sociální službu Domov Turovice, z.ú.

Sociální služba Domov Turovice, z.ú. poskytuje pobytovou sociální služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a zdravotního stavu, nemohou žít ve svém stávajícím domácím prostředí a potřebují nepřetržitou a pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).

Evidenční číslo žadatele:

Žadatel / žadatelka:

Příjmení, jméno, titul.....

Datum narození.....

Trvalý pobyt:.....

Anamnéza:

Vyžaduje zdravotní stav žadatele/žadatelky poskytování nepřetržité péče ve zdravotnickém zařízení?

☐ ano ☐ ne

Trpí žadatel/žadatelka akutní infekční nebo parazitární nemocí, pro niž není schopen/ schopna pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb?

☐ ano ☐ ne

Uveďte, prosím, podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření, stav žadatele/žadatelky vyžaduje:

Trpí žadatel/žadatelka diagnózou Alzheimerovy demence? V jakém stádiu?

☐ ano ☐ ne

Je žadatel/žadatelka imobilní?

☐ ano ☐ ne

Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu žadatele/žadatelky, která doplní žádost o poskytnutí služby:

Objektivní nález: (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Diagnóza:

a) hlavní

b) ostatní choroby

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

- ☐ Psychiatrie
- ☐ Diabetologie
- ☐ Plicní
- ☐ Kardiologie
- ☐ Neurologie
- ☐ Nutriční

Další:

Inkontinence: stolice: ☐ ne ☐ trvale ☐ občas moč: ☐ ne ☐ trvale ☐ občas
Porucha příjmu stravy: ☐ ano ☐ ne tekutin: ☐ ano ☐ ne
Druh diety: ☐ racionální ☐ šetrící ☐ diabetická ☐ jiná:
Datum posledního očkování: ☐ Pneumo 23 ☐ Chřipka ☐ TAT ☐ Covid 19 ☐ Hepatitida.....
Alergie:
Rozpis léků:
Duševní stav: Psychotické onemocnění (specifikujte projevy onemocnění, obtíže a dosavadní léčba) Demence (uved'te typ a projevy demence, stanovený terapeutický postup) Deprese (popište projevy a způsob léčby) Alkohol či jiné návykové látky (specifikujte, zda se jedná o závislost aktuální či nikoliv) Agresivita (specifikujte její podobu, intenzitu, frekvenci) Jiné:
Zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb: Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení ☐ ANO ☐ NE Žadatel není schopený pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci ☐ ANO ☐ NE Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy mohlo závažně narušovat kolektivní soužití ☐ ANO ☐ NE

Požadované přílohy:

Popis rtg. snímku plic (v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného lékaře pro tuberkulózu),

Výsledky vyšetření na bacilonosičství,

Dle potřeby – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:

Datum vydání potvrzení

.....

Jmenovka a podpis lékaře.....

Otisk razítka

Záznamy Domova Turovice, z.ú., ke zdravotnímu stavu žadatele/žadatelky: