**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby**

**Domov se zvláštním režimem**

**1. Žadatel:**

Rodné číslo: ……………………………………………………………..……………………....

Příjmení: ……………………………....... Rodné příjmení: ….………………………………..

Jméno: ………………………………...... Titul: ……………......……………………………...

Datum narození: ………………………... Místo narození: …………………………………….

Bydliště – místo, PSČ: …………………………………………………………………….........

Bydliště – ulice, číslo popisné: …………………………………………………………………

**2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**3. Aktuální zdravotní stav:**

**4. Duševní stav** a orientace časem, místem, osobou atd. (popř. projevy narušující kolektivní

 soužití):

 Žadatel trpí demencí: ANO NE

**5. Diagnóza (česky):**

 a) hlavní:

 Statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu:

 b) ostatní choroby:

**6. Přílohy:**

* aktuální výsledky odborných vyšetření (psychiatrické, neurologické, ortopedické, interního, popř. laboratorních vyšetření,
* popis RTG snímku, pokud je indikován (v případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu,
* výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.

**7. Schopnost sebeobsluhy:**

* schopnost chůze bez cizí pomoci ANO NE
* schopnost chůze s kompenz. pom. ANO NE
* upoutání na lůžko ANO NE
* inkontinence ANO NE
* sluch v normě nedoslýchá neslyší
* zrak v normě poruchy zraku nevidí
* použití kompenzačních pomůcek / fr. hole, chodítko, vozík, brýle, sluchadlo, zubní náhrada atd. – prosíme vypište ………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

Potřebuje zvláštní péči – jakou: …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

**8. Jiné údaje o žadateli a jeho zdravotním stavu:**

Datum: tel.: Razítko, podpis ošetřujícího lékaře

**9. Vyjádření lékařky Domova důchodců Ústí nad Orlicí:**

Datum: Razítko, podpis lékařky