

**VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE
O SOCIÁLNÍ SLUŽBU**

Domov se zvláštním režimem (DZR) služba je určena pro osoby starší 55 let, kteří trpí Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence, mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

1. Žadatel/zájemce:

Příjmení a jméno, titul:.....

Datum narození (den, měsíc, rok):.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

2. Objektivní nález (status praesens generalit, v případě orgánového postižení i status praesens localis):

.....
.....
.....

3. Duševní stav (projevy demence nebo psych. onemocnění): ☐ ANO ☐ NE

a) **Neurózy:**.....

b) **Psychózy:**.....

☐ schizofrenie

☐ maniodepresivní psychózy

c) **Oligofrenie** (mentální postižení):.....

.....

d) Demence

☐ Alzheimerova demence

☐ demence spojená s Parkinsonovou chorobou

☐ ostatní typy demence, jaké:.....

Projevy demence nebo psychického onemocnění:

.....
.....

4. Závislost na návykových látkách: ☐ ANO ☐ NE	
Pokud ano, popište prosím aktuální stav:	
5. Diagnóza (česky): Statistická značka choroby podle mezinárodního seznamu	
a) hlavní (pokud se vyskytuje demence, uveďte diagnózu):	
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:	
c) alergie :	
6. Stravování (dieta) ☐ racionální ☐ šetrící ☐ diabetická ☐ jiná.....	
7. Pomoc a podpora v péči o svoji osobu	
Chůze bez cizí pomoci	☐ samostatně ☐ s pomocí ☐ nezvládá
Upoutání na lůžko	☐ ANO ☐ trvale ☐ částečně ☐ NE
Schopnost sebeobsluhy	☐ ANO ☐ plně ☐ částečně ☐ bez sebeobsluhy
Používání kompenzačních pomůcek: (k bezpečnému pohybu)	☐ hůl ☐ berle ☐ francouzské hole ☐ chodítka vysoké ☐ chodítka nízké ☐ vozík elektrický ☐ vozík mechanický
Inkontinence	☐ ANO ☐ NE
Orientace	
Orientace v čase :	☐ plně ☐ částečně ☐ neorientován
Orientace místem :	☐ plně ☐ částečně ☐ neorientován
Orientace vlastní osobou :	☐ plně ☐ částečně ☐ neorientován
Schopnost se srozumitelně vyjádřit slovem:	☐ plně ☐ částečně ☐ nezvládám
Schopnost porozumět slovu:	☐ plně ☐ částečně ☐ nezvládám
Schopnost sdělit své potřeby:	☐ plně ☐ částečně ☐ nezvládám
Dohled specializovaného oddělení: ☐ ANO ☐ NE	
☐ Neurologického, poslední kontrolamedikace:	
☐ Psychiatrického, poslední kontrolamedikace:	
☐ Poradny diabetické, poslední kontrola	
☐ Jiné	

Infekční onemocnění:

☐ ANO

☐ NE

Jaké:

Jiné údaje:

Výše uvedené údaje jsou všechny aktuální a pravdivé.

V dne

Podpis a razítko lékaře

Tento formulář je povinnou přílohu žádosti o sociální službu a bez něj nemůže být žádost zaevidována. Lékařské vyjádření odevzdejte v zalepené obálce z důvodu zachování lékařského tajemství