

**Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele
k přijetí do domova pro seniory / domova se zvláštním režimem**

Žádáme o vyplnění tohoto tiskopisu, neboť informace z něj jsou rozhodující při posuzování lékařem DS Centrin, přikládáte lékařské zprávy jen pro doplnění informací. Děkujeme.

I.	<u>Žadatel /-ka:</u>	
	Narozen/a:	Rodné číslo:
		Zdravotní pojišťovna
	Bydliště:	Výška: Hmotnost:
II.	<u>Anamnéza: osobní, rodinná, pracovní</u>	
III.	<u>Objektivní nález:</u>	
IV.	<u>Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)</u>	
	Alkoholismus: ANO - NE* Agresivita: ANO - NE* Kouření: ANO - NE* Návykové látky: ANO - NE* Alergie – vypište: (* nehodící škrtněte)	
V.	<u>Přehled diagnóz:</u>	

VI.	<u>Medikace:</u>
VII.	<u>Inkontinence:</u> Stupeň inkontinence-uveďte: ☐ močová – den / n o c ☐ stolice – den / noc Typ pomůcky: vložka – vložná plena – natahovací kalhotky – lepící kalhotky Název pomůcky: Datum vystavení posledního poukazu na ZP:
VIII.	<u>Termíny očkování:</u> ☐ TAT ☐ Engerix ☐ Chřipka ☐ Pneumo ☐ Covid-19 <u>Přehled vyšetření, která jsou potřebná k přijetí do DS Centrin:</u> - krevní odběry, močová sedimentace, výtěry z nosu a krku, event. z rány či dekubitu, v případě kožního onemocnění potvrzení, že se nejedná o přenosnou kožní chorobu.
IX.	<u>Specialisté – uveďte ošetřujícího lékaře, popř. tel. spojení:</u> ☐ Urolog ☐ Diabetolog ☐ Kardiolog ☐ Internista ☐ Gynekolog ☐ Zubní lékař
	Dne vlastnoruční podpis lékaře

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY CENTRIN (umístění bez souhlasu žadatele, bez schopnosti jednat)

Jméno a příjmení žadatele: _____

Rodné číslo: _____

Potvrzuje se tímto, že uvedený pacient je těžce zdravotně postiženým, závislým na pomoci jiné osoby, a současně není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen samostatně jednat.

Žadatel – pacient není schopen *):

☐	podpisu
☐	pochopit rozsah jednání
☐	zastupovat se v jednání
☐	přebírat poštu
☐	řešit právní souvislosti
☐	jiné:
☐	s pacientem se nelze dorozumět

*) prosím, vyberte neschopnost osoby

Neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé situace formou poskytnutí sociální pobytové služby by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo pacientův život nebo by mu hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jeho okolí.

Pacient – žadatel **JE – NENÍ *) schopen** vyslovit souhlas s tím, že bude pobývat v zařízení sociálních služeb pobytového charakteru.

*) prosím, vyberte dle skutečnosti

Dne: _____

podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Tento posudek slouží jako podklad pro jednání a sjednání smlouvy o poskytování sociální služby v Domově seniorů Centrin.

Vyjádření psychiatra o zdravotním stavu žadatele k přijetí do domova se zvláštním režimem

I.	<u>Žadatel /-ka:</u> Narozen/a: Bydliště:	Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna
II.	<u>Hlavní psychiatrická diagnóza:</u>	
III.	<u>Jiná duševní porucha či onemocnění:</u>	
IV.	<u>Přehled psychiatrické hospitalizace:</u>	
V.	<u>Medikace:</u>	
VI.	<u>Projevy agrese:</u> <u>Alkoholismus:</u>	
	Dne vlastnoruční podpis lékaře	