**Posudek1 o zdravotním stavu pro účely poskytnutí pobytové sociální služby**

(dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

**Jméno a příjmení, titul, zájemce o službu**: ……………………………………………………………………………….

**Datum narození**: ……………………….…………………………………………………………………………………………….

**Adresa trvalého pobytu**: ………………………………………………………………………………………………………….

**Jméno praktického lékaře:** ……………………………………………………………………………………………………..

**Adresa:** …………………………………………........................................**Telefon:** ……………………………………

|  |
| --- |
| **1. Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/ 2006 Sb., zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb** *(zakroužkujte odpovídající variantu)****:***a) Zdravotní stav zájemce vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení: ANO NEb) Zájemce není schopen pobytu v zařízení sociálních sužeb z důvodu akutní infekční nemoci:ANO NEc) Chování zájemce by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití: ANO NE |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní): |
| **3. Seznam a rozpis léků**, které žadatel pravidelně užívá: |

|  |
| --- |
| **4. Diagnóza**a) hlavní diagnóza:b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:c) jedná se o osobu s **demencí**: ANO: typ……………………….stupeň……………. NE d) s **Alzheimerovou chorobou**: ANO NE *(zakroužkujte odpovídající variantu)*  |

**5. Potřeba specializované péče (výčet specializovaných zdravotnických pracovišť, které zájemce navštěvuje, příp. lékařská ošetření):**

Psychiatrie ……………………….. Gastrologie … kolostomie ANO NE

Plicní ……………………….. Kardiologie … kardiostimulátor ANO NE

Neurologie ……………………….. Nutriční ……… PEG ANO NE

Diabetologie ……………………….. Urologie …..... PMK ANO NE

Další: Nefrologie ANO NE

**6. Alergie:**

**7. Datum posledního očkování/ onemocnění Covid-19:**

**a) očkování: b) onemocnění Covid-19:**

Pneumo 23/Prevenar 13……………………………………… ANO datum …………………..

Vaxigrip ………………………………………………………………. NE

TAT……………………………………………………………………….

Covid-19……………………………………………………………….

**8. INKO pomůcky:** ANO: vložky kalhotky pleny NE

*(zakroužkujte odpovídající variantu)*

**TENTO POSUDEK (VYJÁDŘENÍ) LÉKAŘE NENAHRAZUJE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI**

Datum vyhotovení: Razítko a podpis lékaře: