



**Žádost o poskytnutí sociální služby denní stacionář
VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

I. Zájemce
Jméno, příjmení, titul:
Adresa trvalého bydliště (ulice, číslo popisné, obec, PSČ)
Datum narození:
Telefon:
E-mail:

II. Potřeby zájemce	
Vybranou možnost zakroužkujte	
a) osoba s mentálním postižením	
b) osoba s tělesným postižením	
c) osoba s kombinovaným postižením	
Mobilita	
a) je upoután trvale na lůžko	ANO – NE
b) je upoután převážně na lůžko	ANO – NE
c) je schopen sám vstávat z lůžka, uléhat, měnit polohu	ANO – NE
d) je schopen sám sedět, vydržet v poloze vsedě	ANO – NE
e) je schopen sám stát, vydržet stát	ANO – NE
f) je schopen chůze bez pomoci jiné osoby	ANO – NE
g) je schopen chůze s pomocí	hole bele jedné dvou berlí chodítka
h) pohybuje se na invalidním vozíku	ANO – NE sám – s pomocí

Orientace	
a) je schopen orientace v přirozeném prostředí	ANO – NE
b) je schopen orientovat se časem, místem, osobou	ANO – NE
c) je schopen poznávat a rozeznávat zrakem	ANO – NE
d) je schopen poznávat a rozeznávat sluchem	ANO – NE
Komunikace	
a) je schopen dorozumět se mluvenou srozumitelnou řečí	ANO – NE
b) je schopen porozumět mluvenému slovu (chápe obsah sdělovaného)	ANO – NE
c) je schopen dorozumět se jiným způsobem Pokud ano, jakým?	ANO – NE

III. Zdravotní stav	
Vybranou možnost zakroužkujte	
a) Alergie Pokud ano, jaká?	ANO – NE
b) Dieta Pokud ano, jaká?	ANO – NE
c) Závislost Pokud ano, jaká?	ANO – NE
d) Agresivita	ANO – NE
Jaké jsou rizikové situace, které by u zájemce mohly vyvolat agresivní chování?	
Jaký je postup jeho zvládnutí v případě, že již takové chování probíhá?	

Popis zdravotního stavu (s ohledem na druh postižení)

--

IV. Bezinfekčnost

Vybranou možnost zakroužkujte

Z dostupné zdravotní dokumentace zájemce vyplývá, že se neléčí ani není přenašečem infekčního onemocnění vylučujícího pobyt v daném typu zařízení.

ANO – NE

V. Kontraindikace

V případě zájmu o fakultativní služby nabízené v zařízení, existuje zdravotní důvod pro jejich neposkytnutí zájemci? Vybranou možnost zakroužkujte.

a) Fyzioterapie

ANO – NE

b) Masáž

ANO – NE

c) Motomed

ANO – NE

d) Perličková koupel

ANO – NE

VI. Jiné údaje a důležité informace o zdravotním stavu

--

.....

Datum

.....

Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

VYJÁDŘENÍ KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

(O VHODNOSTI PŘIJETÍ ZÁJEMCE Z HLEDISKA NÁLEŽITOSTI K CÍLOVÉ SKUPINĚ)

**Zájemce na základě doložených informací náleží do cílové skupiny služby denní stacionář:
ANO – NE**

Komentář:

.....

Datum

.....

Podpis zdravotní sestry

Žádost o poskytnutí sociální služby denní stacionář – VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE zasílejte nebo předejte prosím VÝHRADNĚ zdravotní sestře střediska DUHOVÝ DŮM:

Zdravotní sestry
DUHOVÝ DŮM Ostrava
Klostermannova 1586/25
709 00 Ostrava

Záznam poskytovatele sociální služby

Datum přijetí žádosti:

Jméno a příjmení (pracovníka, který žádost převzal):

Podpis (pracovníka, který žádost převzal):