



## DOMOV PRO SENIORY A ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Arnoltice 100, 407 14 Arnoltice u Děčína  
provozovna: Škroupova 302/17, 405 02 Děčín II  
Tel.: 474 524 025 Mob.: 733 553 043  
E-mail: valerie@valerie-homecare.cz  
www.valerie-homecare.cz

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU

## ŽADATELE O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY DOMOV PRO SENIORY

*\*) vyplní žadatel*

<b>Jméno a příjmení</b>	
<b>Rodné příjmení</b>	
<b>Rodné číslo</b>	
<b>Trvalé bydliště</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna</b>	

*\*) vyplní praktický lékař (u kterého je žadatel registrován)*

<b>Anamnéza</b>
<b>Alergie</b>
<b>Duševní stav (popř. orientace v prostoru a čase, o vlastní osobě projevy narušující kolektivní soužití)</b>

**Diagnóza (česky)****Soběstačnost****Chůze bez cizí pomoci**

ANO

NE

**Trvalé upoutání na lůžko**

ANO

NE

**Inkontinence - defekace**

ANO

NE

TRVALE

OBČAS

V NOCI

**Dohled specializovaného zařízení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, urologického)****Poslední kontroly specializovaného zařízení****Další plánované kontroly specializovaného zařízení****Potřebná zvláštní péče**

**Medikace, rozpis užívání léků a jejich DÁVKOVÁNÍ****Používání pomůcek (např. naslouchadlo apod.)****Další doplňující údaje****Doporučení pro přijetí Žádosti o poskytování Domov pro seniory**

- 1) Ano, doporučuji přijetí Žádosti o poskytování Domov pro seniory
- 2) Ne, doporučuji odmítnutí Žádosti o poskytování služby Domov pro seniory z důvodu:
  - zdravotní stav žadatele vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení
  - žadatel je nakažen akutní infekční nemocí
  - žadatel trpí duševní poruchou

**Definice Domov pro seniory**

Je druh pobytové sociální služby, která je určena seniorům (osobám nad 65 let věku), kteří potřebují trvalou pomoc druhé osoby.

*\*) vyplní žadatel*

**Souhlas žadatele s nahlížením do zdravotní dokumentace**

Já,....., souhlasím s tím, aby zaměstnanci Domov pro seniory Valerie Machová mohli nahlížet do mé zdravotní dokumentace a byly jim poskytnuty potřebné informace z Vyjádření lékaře o zdravotním stavu, které jsem převzal/a.

Dne ....., podpis.....

V ..... dne .....

.....

**Razítko a podpis ošetřujícího lékaře**