

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Vážený pane doktore, paní doktorko,

obracíme se na Vás s žádostí o Vaše vyjádření ke zdravotnímu stavu žadatele o službu v Domově pokojného stáří Kamenná. Vaše vyjádření je součástí žádosti o zařazení do služby **Domov se zvláštním režimem**.

Naše služba je určena lidem se sníženou soběstačností, kteří vyžadují celodenní pomoc druhé osoby z důvodu onemocnění demencí (např. Alzheimerovy choroby, vaskulární demence či demence jiného typu). A tuto situaci není možné řešit ani za pomoci rodiny či terénních sociálních služeb.

Prosíme o vyplnění následujících údajů i vzhledem k tomu, že naše služba je poskytována v pobytovém zařízení kolektivně a klient může být ubytován i na vícelůžkovém pokoji.

Děkujeme za Váš čas,

Domov pokojného stáří Kamenná

Žadatel:

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa trv. bydliště:

Duševní stav:

a) **demence** (uveďte typ, stádium demence a její projevy):

b) **psychotická onemocnění** (specifikujte projevy onemocnění, obtíže):

c) **deprese** (popište projevy a způsob léčby):

d) **agresivita** (specifikujte blíže její podobu, intenzitu, frekvenci a co je potřeba ke zvládnutí této agrese)

e) jiná závažná sdělení:

Je zájemce pod dohledem specializovaného oddělení nebo poradny? (uved'te jaké):

Zákonné důvody, které mohou být důvodem k neuzavření smlouvy:

- a) Vyžaduje zdravotní stav zájemce trvalou odbornou péči zdravotnickém zařízení?
ANO - NE ^{*)}
- b) Trpí zájemce akutním infekčním onemocněním, pro něž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb?
ANO - NE ^{*)}
- c) Je zájemce aktuálně závislý na návykových látkách?
ANO - NE ^{*)}

^{)} nehodící se škrtněte*

V dne

.....
podpis a razítko lékaře