**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:**   1. **demence** (uveďte typ, stádium demence a její projevy): 2. **psychotická onemocnění** (specifikujte projevy onemocnění, obtíže): 3. **deprese** (popište projevy a způsob léčby): 4. **agresivita** (specifikujte blíže její podobu, intenzitu, frekvenci a co je potřeba ke zvládnutí této agrese) 5. jiná závažná sdělení:     **Je zájemce pod dohledem specializovaného oddělení nebo poradny?** (uveďte jaké):  **Zákonné důvody, které mohou být důvodem k neuzavření smlouvy:**   1. Vyžaduje zdravotní stav zájemce trvalou odbornou péči zdravotnickém zařízení?   ANO - NE \*)   1. Trpí zájemce akutním infekčním onemocněním, pro něž není schopen pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb?   ANO - NE\*)   1. Je zájemce aktuálně závislý na návykových látkách?   ANO - NE \*)  \*) *nehodící se škrtněte*  V ………………. dne ………………… ………………………………………….  podpis a razítko lékaře |