**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 |