**POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE**

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉ OSOBY: | |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Adresa trvalého pobytu (popř. místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE, KTERÝ POSUDEK VYDAL: | |
| Název vč. jména a příjmení lékaře: |  |
| Adresa poskytovatele: |  |
| Identifikační číslo: |  |

|  |
| --- |
| ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU: |

Tento posudek je vydáván pro účely posouzení žádosti o přijetí výše jmenovaného do pobytové sociální služby domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

|  |
| --- |
| POSUDKOVÉ ZÁVĚRY: |

|  |
| --- |
| Je u posuzované osoby diagnostikována demence? |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaký typ a stádium se jedná, projevy demence, popř. další důležitá sdělení: |

|  |
| --- |
| Je u posuzované osoby diagnostikováno duševní onemocnění (mimo demenci)? |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, popř. další důležitá sdělení: |

|  |
| --- |
| Je u posuzované osoby diagnostikováno mentální postižení? |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaký typ a stupeň se jedná, popř. další důležitá sdělení: |

|  |
| --- |
| Je u posuzované osoby diagnostikována závislost? (alkohol, omamné látky, léky aj.) |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, a jaké jsou aktuální projevy závislosti, popř. další důležitá sdělení: |

|  |
| --- |
| Je u posuzované osoby diagnostikováno jiné závažné onemocnění (vč. infekčních)? |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaký typ se jedná, popř. další důležitá sdělení: |

|  |
| --- |
| Vyskytují se u posuzované osoby projevy chování, které by závažným způsobem narušovaly kolektivní soužití? (Např. fyzická/verbální agrese aj.) |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jaké projevy se jedná: |

|  |
| --- |
| Vyžaduje zdravotní stav posuzované osoby speciální péči? (Např.: dýchací přístroj, dialýza, stomie, dieta, zdravotní stav vyžaduje pobyt ve zdravotnickém zařízení aj.) |
| ANO  NE |
| Pokud ano, uveďte, o jakou speciální péči se jedná: |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum vydání posudku: |  |
| Podpis lékaře:  Razítko poskytovatele zdravotních služeb: |  |

Poučení: Podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, může posuzovaná osoba podat návrh na přezkoumání tohoto lékařského posudku do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovateli zdravotních služeb, který posudek vydal.