**ZDRAVOTNÍ STAV ZÁJEMCE**

**ODLEHČOVACÍ SLUŽBA**

|  |
| --- |
| ZÁJEMCE: |

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon:

|  |
| --- |
| PRAKTICKÝ LÉKAŘ: |

Jméno a příjmení praktického lékaře:

Kontaktní informace (adresa, telefon, email):

|  |
| --- |
| VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE: |

Diagnózy, datum stanovení:

Alergie:

Dieta, dietní opatření:

**Aktuální zdravotní stav:**

* Je upoután trvale/převážně na lůžko ANO – NE
* Je schopen polohy v sedě, v křesle ANO – NE
* Je schopen sám se najíst, napít ANO – NE
* Používá inkontinentní pomůcky ANO – NE
* Sluch (normální – nedoslýchá – zbytky sluchu – neslyší)
* Zrak (normální – zhoršené vidění – zbytky zraku – nevidomý)
* Používá kompenzační pomůcky (chodítko – invalidní vozík – jiné: ………………….)
* Defekty kůže: dekubity – opruzeniny – jiné: …………………………………………….

**Vlastní popis aktuálního stavu:**

**Orientovanost zájemce, duševní stav:**

**Má zájemce infekční onemocnění vylučující pobyt v sociální službě?**

**Umožňuje zdravotní stav zájemce odlehčovací pobyt v zařízení bez trvalé lékařské péče?**

ANO NE

Pokud ne, jakou péči je třeba zajistit?

**Potřebuje zájemce jinou péči? Chcete něco dodat ke zdravotnímu stavu zájemce?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denní rozpis léků** | | | | |
| název léků | ráno | poledne | večer | noc |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Potvrzuji, že výše jmenovaný zájemce o pobytovou odlehčovací službu (vyberte možnost):

1. Po dobu pobytu si bude sám dohlížet na léčebný režim, tzn. veškeré léky bude mít ve svých osobních věcech na pokoji a bude je užívat sám bez dohledu.
2. Léky bude podávat ošetřující personál.

Datum: ………………….

Razítko:

Podpis:.............................

Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to:

Poskytnutí pobytové sociální služby se **vylučuje**, jestliže

a) **zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,**

b) **osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo**

c) **chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.**