**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o umístění do Domova pro seniory Dobřichovice**

Žadatel/ka:

Jméno…………………………Příjmení…………………………...………………………….Titul…………...

Datum narození: ……………………..….……..........Zdravotní pojišťovna:…………………………………....

Místo trvalého bydliště ………………………………...………………………………………………………..

Pohlaví:

[ ]  žena [ ]  muž [ ]  jiné

Diagnóza:

Dieta č.:

Alergie:

Základní péče a hygienická opatření:

[ ]  plně soběstačný; [ ]  částečně soběstačný; [ ]  obsáhlá základní péče

Soběstačnost při chůzi:

[ ]  bez pomoci; [ ]  s pomocí druhé osoby;  [ ]  s holí/chodítkem; [ ]  na vozíku; [ ]  imobilní

 Inkontinence moči: [ ]  občasná; [ ]  v noci;  [ ]  trvale;  [ ]  není

Inkontineční pomůcky: : [ ]  žádné; [ ]  plenkové kalhotky; [ ]  natahovací kalhotky; [ ]  vložky;

[ ]  permanentní močový katetr

Časová a místní orientace: [ ]  plně orientován; [ ]  lehké časové a místní orientační obtíže (zapomnětlivost);

[ ]  dezorientován bez agresivních projevů (lze zajistit pobyt na otevřeném oddělení; [ ]  těžce dezorientován -

s účinkem na okolí

Denní rytmus: [ ] normální (bez léků); [ ]  občasná nespavost; [ ]  spánek po užití léků; [ ]  trvalá nespavost;

[ ]  narušený denní rytmus; [ ]  trvalý neklid; [ ]  apatie

Ošetřovatelská péče: [ ]  žádná potřeba pomoci; [ ]  nutná příprava a podání léků vč. dozoru nad jejich užitím;

[ ]  stále intenzivní ošetřovatelské úkony (převazy, aplikace injekcí, ošetřovatelská rehabilitace)

Strava: [ ]  plná samostatnost; [ ]  částečná samostatnost; [ ]  podávání stravy druhou osobou

Chronické rány (dekubity, bércové vředy) :

[ ]  ANO - lokalizace a velikost………………………………...

[ ]  NE

Je žadatel/ka pod dohledem specializovaného oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

[ ] ANO, jakého?

……………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  NE

Psychický stav (psychózy a psychické poruchy, při nichž klient může ohrozit sebe i druhé, (popř. projevy narušující kolektiv:…………………………………………………………………………………..................

…………………………………………………………………………………………………………………...

**Objektivní nálezy:**

Infekční a parazitární choroby, MRSA

[ ]  ANO

[ ]  NE

Tuberkulóza

[ ]  ANO

[ ]  NE

Pohlavní choroby

[ ]  ANO

[ ]  NE

Závislostní chování alkoholismus, toxikomanie, nikotinismus

[ ]  ANO

[ ]  NE

Jiné……………………………………………………………………………………………………………...

Smyslové a komunikační poruchy klienta/ky:

porucha zraku

[ ]  ANO……………………………………………………………………………………………….

[ ]  NE

porucha sluchu

[ ]  ANO……………………………………………………………………………………………….

 [ ]  NE

 porucha komunikace (afázie, dysartrie apod.)

[ ]  ANO……………………………………………………………………………………………….

[ ]  NE

Jiné……………………………………………………………………………………………………………...

**Doporučuji pobyt ve Vašem zařízení- Domov pro seniory Dobřichovice**:

 [ ]  ANO

 [ ]  NE

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele/ky nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

 V…………………………. dne………………

 Jméno a příjmení lékaře, podpis, telefon, razítko zařízení

**SOUHLAS ŽADATELE/KY (OPATROVNÍKA)**

Žadatel/ka (opatrovník) souhlasí se shromažďováním, používáním a uchováváním svých osobních údajů v rozsahu nezbytně nutném pro účely sociální a zdravotní péče v souladu s Obecným nařízením Evropské unie (EU) na ochranu osobních údajů a se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k účelu jejich zpracování. Údaje budou zpřístupněny jen odpovědným pracovníkům pověřeným k nakládání s nimi ředitelem poskytovatele.

 V………………………….dne………………

 podpis žadatele/ky (opatrovníka)