**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)