Domov pro seniory Osoblaha, příspěvková organizace, ul. Klášterní 34, 793 99 Osoblaha
tel.: 554 642 170, e-mail: inf-dps@osoblaha.eu

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu zájemce o umístění v pobytovém zařízení sociální péče dle §48, §49 a §91
odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

1. Žadatel:	Jméno a příjmení:
	Datum narození:

2. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status localis):

3. Duševní stav – potvrzení lékaře, zda je žadatel vhodný k umístění v Domově pro seniory Osoblaha, p. o. a zda nenarušuje kolektivní soužití.

4. Diagnóza (česky): **Statistická zn. hlavní choroby:**

a) hlavní

b) diabetes mellitus ☐**ANO** ☐dieta ☐PAD ☐inzulín ☐**NE**

c) ostatní choroby a chorobné stavy

5. Schopnosti a míra soběstačnosti (zakroužkujte správnou odpověď):

Je schopen sám sebe obsloužit	ANO	NE
Je pod dohledem specializovaného lékaře, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní, onkologické apod.	ANO	NE

6. Jiné údaje

Zájemce trpí psychickou poruchou, při níž může ohrozit sebe či okolí	ANO	NE
Zájemce trpí poruchou chování a agresivními projevy	ANO	NE
Zájemce je nevidomý nebo slabozraký	ANO	NE
Zájemce je postižen hluchoslepotou	ANO	NE
Zájemce je postižen hluchotou	ANO	NE
Zájemce trpí Alzheimerovou chorobou	ANO	NE

7. Vyjádření lékaře, že je žadatel t. č. bez infekčního onemocnění (např. hepatitida, průjem, úplavice apod.), a že je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen umístění v Domově pro seniory Osoblaha, p. o. Klášterní 34, 793 99 Osoblaha.

8. Vyplňte, prosím, údaje k očkování na základě Vyhlášky č. 537/2006 Sb. (Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem).

Pneumokokové infekce

Tetanus

Virová Hepatitida B

Potvrzení o bezinfekčnosti **nesmí být starší 3 měsíců** před nástupem do zařízení.

V:..... dne:.....

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře.....