



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:

Příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

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

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

### 4. Diagnóza (česky):

Číslo diagnózy:

a) hlavní

b) diabetes mellitus

ANO

NE

c) ostatní choroby a chorobné stavy

### 5. 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:

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

Prevenar 13

Tetanus

Covid

Virová Hepatitida B

Chřipka

Jiné

**7. 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

**8. 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

Potvrzení o bezinfekčnosti **budeme požadovat nejdéle 3 dny** před příchodem do zařízení.

V..... dne.....

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: .....