

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE*o zdravotním stavu žadatele**Doklad k žádosti o poskytování sociální služby v Charitním domě Salvator Krnov.*

1. Žadatel	Jméno a (rodné) příjmení:	
	Datum narození:	Místo narození:
	Trvale bytem:	
	Pojišťovna:	

2. Kontakt na praktického lékaře:
--

3. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní, alergie):
--

4. Diagnóza (česky, včetně označení MKN):
a) hlavní
b) ostatní choroby a chorobné stavy

5. Objektivní nález (status praesens generatis, v případě orgánového postižení i status localis):**6. Trvalá medikace:****7. Jiné:**

Je schopen chůze bez cizí pomoci:	ANO	NE
Upoutání trvale – převážně na lůžko:	ANO	NE
Potřeba doprovodu druhé osoby:	ANO	NE
Schopnost sebeobsluhy:	ANO	NE
Potřeba inkontinentních pomůcek:	ANO	NE
Je schopen podpisu:	ANO	NE
Je schopen samostatně právně jednat	ANO	NE
Omezení svéprávnosti (jméno, kontakt na opatrovníka):	ANO	NE

8. Je dispenzarizován u specialistů (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, diabetologické poradny, apod.):

ANO

NE

Jména, adresy:

Přítomnost akutního infekčního onemocnění:

ANO

NE

Datum:

Razítko, podpis lékaře:

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO PSYCHIATRA*o duševním stavu žadatele**Doklad k žádosti o poskytování sociální služby v Charitním domě Salvator Krnov.***1. Žadatel** Jméno a (rodné) příjmení:

Datum narození:

Místo narození:

Trvale bytem:

Pojišťovna:

2. Kontakt na ošetřujícího psychiatrického lékaře:**3. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní, alergie):****4. Diagnóza (česky, včetně označení MKN)::**

a) hlavní

b) ostatní choroby a chorobné stavy

5. Objektivní nález (status praesens generatis, v případě orgánového postižení i status localis):

Celková délka psychiatrické léčby (od kdy):

Převažující klinický stav v posledních 3 měsících (zaškrtněte jednu možnost)

- kvalitní remise
- nekvalitní remise
- opakované dekompenzace
- relaps

Relaps (spouštěče, projevy krize, včasné varovné příznaky, riziko ohrožení, co pomáhá klientovi v krizi):

6. Hospitalizace - léčbaHospitalizace v posledním roce ANO NE

Počet hospitalizací celkem

Ochranná léčba, ústavní nebo ambulantní léčba ANO NE

V případě, že ano, jaká:

V minulosti:

V současnosti:

7. Trvalá medikace:**8. Jiné:**

Je schopen samostatně právně jednat ANO NE

Sdělení lékaře, zda doporučuje otevřený režim naší pobytové služby, v souladu s popisem naší cílové skupiny – viz níže: ANO NE

Okruh osob, komu je služba určena:

Služba je určena osobám starším 18 let s chronickým psychotickým duševním onemocněním - s psychotickými poruchami, obsedantně kompulsivními poruchami, afektivními poruchami - poruchami nálad, maniodepresivními syndromy, depresivními poruchami, bipolárními afektivními poruchami, které nejsou schopny žít samy ve vlastním domácím prostředí, a jejich situaci není možno řešit pomocí rodiny, ani využitím terénních či ambulantních sociálních služeb.

Kontraindikace cílové skupiny:

- | | | |
|--|-----|----|
| • osoba s akutní závislostí na návykových látkách (drogy, alkohol) | ANO | NE |
| • potřeba 24h péče ve zdravotnickém zařízení | ANO | NE |
| • přítomnost mentálního postižení | ANO | NE |
| • přítomnost PAS | ANO | NE |
| • přítomnost demence | ANO | NE |
| • přítomnost sexuální deviace | ANO | NE |

9. Vyjádřete, prosím, pokud víte o závažných okolnostech, které by mohly bránit ve spolupráci zájemce s organizací (např. závislost na alkoholu, návykových látkách, agresivní chování, riziko suicidálního jednání):

Datum:

Razítko, podpis lékaře: