

Vyjádření lékaře k poskytování sociální služby

Tato zpráva je jedním z podkladů pro přijetí zájemce do Charitního domu sv. Alžběty - Denní centrum. Slouží k vyhodnocení způsobilosti zájemce, k poskytované službě. **Jedná se o ambulantní službu, kde ze Zákona o sociálních službách NENÍ přítomen zdravotní personál.** Poskytnuté informace dále přispívají ke zkvalitnění péče sociální služby, zjištění zdravotního stavu a potřeb budoucích klientů, a slouží pro případ nutnosti kontaktování lékařské záchranné služby.

Pro uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, musí být vyhotoveno **maximálně 1 měsíc** před podpisem smlouvy.

Jméno a příjmení:.....

Bydliště:.....

Datum narození:.....

1. **Sociální služba je poskytována osobám ve věku 50 a více let se zdravotním omezením (především způsobených demencí a Parkinsonovou chorobou), které vyžadují podporu a péči. Spadá zájemce do výše uvedené cílové skupiny?**

Ano

Ne

2. **Jsou diagnostikovány poruchy paměti?**

Ano

Ne

3. **Dieta**

4. **Alergie**

5. Infekční onemocnění vylučující využívat službu Denního centra (pobyt v kolektivu).**Ano****Ne****6. Z důvodu zhoršeného zdravotního stavu je nutný doprovod druhé osoby mimo budovu, kdy hrozí zvýšené riziko vlastní újmy na zdraví nebo dezorientace.****Ano****Ne****7. A)**

Je schopen/a za sebe samostatně jednat (je schopen dostatečně porozumět obsahu Smlouvy o poskytování sociální služby). Je schopen/a podpisu Smlouvy.

B)

Není schopen/a za sebe samostatně jednat (není schopen dostatečně porozumět obsahu Smlouvy o poskytování sociální služby). Není schopen/a podpisu Smlouvy.

(hodící se variantu zakroužkujte)

Vdne.....20.....

.....
Podpis a razítko lékaře