**Vyjádření ošetřujícího lékaře k poskytování pobytové odlehčovací služby na území města Ostravy**

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Adresa:**

**Jméno lékaře:**

**1) Zdravotní stav žadatele/ky vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení?**

(Odlehčovací pobytová služba **není** zdravotnickým zařízením. Nejsme schopni poskytnout péči osobám, které potřebují hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.)

 • ano • ne

**2) Chování žadatele/ky by z důvodu nemoci mohlo závažným způsobem narušovat kolektivní soužití (např. agresivita, výrazná noční aktivita, bloudění, odmítání spolupráce apod).**

 • ano • ne

**3) Jsou u žadatele/ky diagnostikovány poruchy paměti?**

 • ano • ne

**4) Je u žadatele/ky z důvodu uvedené diagnózy nutný doprovod druhé osoby mimo budovu, kdy hrozí zvýšené riziko vlastní újmy na zdraví?**

 • ano • ne

**5) Trpí žadatel/ka akutní infekční nemocí? Popř. je bacilonosičem některé infekční nemoci?**

• ano • ne

**6) Je pod dohledem specializovaného oddělení, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod., uveďte:**

**7) Žadatel/ka je zdravotně způsobilý/á samostatně jednat ve věci uzavření smlouvy o poskytnutí odlehčovací pobytové služby dle § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:**

 ◻ trvalý stav

◻ ano ◻ ne

 ◻ dočasný stav

*\*Pokud zaškrtnete možnost ne, uveďte, zda se jedná o stav trvalý nebo dočasný*

**8) Alergie**

• ano (jaká) • ne

**9) Dieta:**

 • ano (jaká) • ne

**Odlehčovací pobytová služba zajišťuje úkony zdravotní péče pomocí Agentury domácí péče. Poukaz na případnou péči vystavuje vždy praktický lékař uživatele. Klient služby po celou dobu pobytu zůstává v péči svého praktického lékaře.**

**Datum:**

 **Razítko a podpis ošetřujícího lékaře**

Vyjádření lékaře nesmí být starší než 1 měsíc před prvním využívání pobytové odlehčovací služby a má platnost 1 rok, nezmění-li se výše uvedené skutečnosti.