

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?

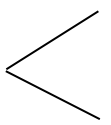
☐ ano

☐ 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:

☒ ano

☒ ne 

☒ trvalý stav

☒ 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.