PŘÍLOHA ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Vstupní lékařský posudek

Sjednocená verze Královéhradeckého kraje

Vyplňuje **registrující praktický lékař**, u hospitalizovaného žadatele **ošetřující lékař**. Místo vypisování lze přiložit lékařskou zprávu s týmiž údaji. Zaškrtněte vždy jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.

■ vyplní lékař
☐ může vyplnit sestra
⬚ jen u vybrané služby

Žadatel

Jméno a příjmení

Datum narození

Zdravotní pojišťovna (kód)

Bydliště

Lékař

Jméno

Telefon

Pracoviště

Současný pobyt ☐ doma ☐ lůžkové zdravotnické zařízení ☐ pobytová sociální služba

1 Zdravotní stavy podle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

a) Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení, s výjimkou sociálně-zdravotní lůžkové péče poskytované v odlehčovacích službách, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem	☐ ANO ☐ NE
b) Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	☐ ANO ☐ NE
c) Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití ⬚ jen u domova pro seniory	☐ ANO ☐ NE

2 Diagnózy, medikace a orientace

Hlavní diagnóza

Kód MKN

Přidružené diagnózy

Kódy MKN

Aktuální medikace (název, dávkování)

Orientace místem	☐ ano ☐ částečně ☐ ne
Orientace časem	☐ ano ☐ částečně ☐ ne
Orientace osobami	☐ ano ☐ částečně ☐ ne

3 Doložení diagnózy

jen u domova se zvláštním režimem · u jiných služeb přeskočte

Diagnostikované onemocnění demence ☐ ANO ☐ NE

Typ demence · vyplňte při ANO	Datum stanovení	Obor lékaře

Jiné chronické duševní onemocnění nebo závislost na návykových látkách ☐ ANO ☐ NE

Diagnóza · vyplňte při ANO	Datum stanovení	Obor lékaře

4 Ošetřovatelské údaje

může vyplnit sestra v ordinaci registrujícího lékaře

Potřeba ošetřovatelské péče ☐ není ☐ občas ☐ trvale

Zdravotnické výkony a pomůcky
lze zaškrtnout více možností

- ☐ PEG nebo sonda
- ☐ oxygenoterapie
- ☐ aplikace inzulinu
- ☐ permanentní katetr
- ☐ stomie
- ☐ odsávání
- ☐ rány nebo dekubity
- ☐ jiné: _____

Péče odborného pracoviště ☐ ne ☐ ano, obor: _____

Ošetřovatelskou část vyplnil/a (jméno, funkce)

✓ Potvrzení lékaře

Datum	Razítko a podpis lékaře

Před odevzdáním
Zkontrolujte, že je v části 1 zaškrtnuta odpověď u každého řádku.

Lékařská zpráva
Pokud ji přikládáte místo vypsání, vyplňte jen záhlaví a potvrzení.

Kam s posudkem
Předejte žadateli k žádosti, nebo jej nahrajte do online žádosti v DomovIS.