

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

PŘÍLOHA č. 1 k Žádosti o pobytovou sociální službu „odlehčovací služba“

Jméno a příjmení		
Datum narození		Zdravotní pojišťovna
Trvalé bydliště		

Diagnóza hlavní			
Ostatní onemocnění			
Upřesnění:			
Dieta	NE	ANO	
Upřesnění:			
Alergie	NE	ANO	
Upřesnění:			

Specialisté /lékaři (neurologie, psychiatrie, ortopedie atd.)	NE	ANO	
Jméno lékaře	Oddělení		

**Vyjádření dle § 36 vyhlášky 505/2006 Sb.,
zdravotní stavy vylučující poskytování sociálních služeb**

Vyžaduje zdravotní stav žadatele/ky poskytnutí zdravotní péče v nočních hodinách?	NE	ANO	
Pobytová sociální služba nezajišťuje zdravotní péči v nočních hodinách.			

Akutní infekční / parazitární onemocnění	NE	ANO	
Upřesnění:			

Duševní poruchy s projevy narušující kolektivní soužití (agresivní chování, úplná dezorientace, úzkostné stavy, apod.)	NE	ANO
Upřesnění:		

Kožní defekty / dekubity, vředy	NE	ANO
Lokalizace a rozsah:		

Psychiatrická onemocnění, abusus alkoholu, TBC, HbSAg	NE	ANO
Upřesnění:		

Rozpis aktuální medikace a jiné důležité údaje
Upřesnění:

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele/ky nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhl. č. 182/1991 Sb., v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

Dne

razítko

podpis ošetřujícího