



## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu zájemce o službu

Příjmení (zájemce)	Jméno	Titul	Datum narození
<b>Hlavní diagnóza (česky)</b>			
<b>Ostatní diagnózy (v případě nedostatku místa, doplňte přílohou)</b>			
<b>Projevy narušující kolektivní soužití</b>	<input type="checkbox"/> ANO (jaké)		<input type="checkbox"/> NE
<b>Zájemce o službu</b>			
trpí inkontinencí moči	<input type="checkbox"/> ANO ( uveďte stupeň )		<input type="checkbox"/> NE
trpí inkontinencí stolice	<input type="checkbox"/> ANO ( uveďte stupeň )		<input type="checkbox"/> NE
je schopen chůze bez pomoci druhé osoby	<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE
je schopen sebeobsluhy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ	<input type="checkbox"/> NE
potřebuje nepřetržitý dohled lékaře	<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE
užívá kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/> ANO ( jaké )		<input type="checkbox"/> NE
trpí poruchou komunikace	<input type="checkbox"/> ANO		<input type="checkbox"/> NE
<b>Zájemci doporučují čerpat službu</b>			
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)		<input type="checkbox"/> Domov pro seniory (DS)	
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem (DZR)		<input type="checkbox"/> Odlehčovací služba (OS)	
<b>Alergie (léky, pyly, potraviny apod.)</b>			
<b>Očkování</b>	<b>Dieta</b>		
<b>Ostatní důležité informace (např. sledování v odborných ambulancích)</b>			
<b>Potvrzení o bezinfekčnosti *</b>			
Klient trpí akutní infekční chorobou (níže uveďte jakou)		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Vyjádření lékaře k uzavření smlouvy</b>			
Zájemce o službu je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zájemce o službu je schopen podpisu smlouvy		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Vaše sdělení nám v případě záporné odpovědi umožní v předstihu připravit smlouvu pro obecní úřad obce s rozšířenou působností, který bude za klienta podle § 91, odst. 6, zákona 108/2006 Sb. , o sociálních službách, smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb uzavírat.			

V

dne

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře

## Vyjádření smluvního lékaře ke zvolenému druhu služby (neplatí pro OS)

Schvaluji doporučení praktického lékaře	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE		
Doporučuji	<input type="checkbox"/> DOZP	<input type="checkbox"/> DS	<input type="checkbox"/> DZR	<input type="checkbox"/> není vhodný k čerpání nabízených služeb
V	dne	Podpis a razítko <b>smluvního</b> lékaře		

## Informace poskytovatele

Při převzetí žádost	<input type="checkbox"/> Úplná	<input type="checkbox"/> Neúplná - datum doložení
Zájemce o službu je schopen jednat o smlouvě a porozumět obsahu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Zájemce o službu je schopen podpisu smlouvy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Poznámka (žádost o odklad apod.)	Datum	
Důvod zrušení žádosti	Druh služby	Datum