

## Posudek o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů **je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).**

<b>1. Informace o osobě, o jejímž zdravotním stavu se posudek vydává (dále jen „osoba“):</b>
Jméno:
Příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu (obec, ulice, PSČ):
<b>2. Informace o zdravotním stavu osoby: Prosím, nepřikládejte lékařské zprávy.</b> a) Výčet chronických onemocnění ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí

**b) Infekční onemocnění**

- osoba trpí akutním infekčním onemocněním  ANO  NE
- osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění  ANO  NE

**c) Smyslové postižení**

- osoba trpí vážným postižením sluchu  ANO  NE
  - osoba trpí vážným postižením zraku  ANO  NE
- / uveďte jaké kompenzační pomůcky osoba používá /

**d) Duševní onemocnění**

- duševní onemocnění stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení  ANO  NE
- projevy agresivity  ANO  NE
- závislost na návykových látkách  ANO  NE

**e) Zdravotní stav osoby vyžaduje celodenní péči v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo zdravotnickém zařízení**

ANO  NE

**f) Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti**

**a dovednosti osoby**

- u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností  ANO  NE
- osoba je orientována vlastní osobou  ANO  NE
- osoba je orientována časem  ANO  NE
- osoba je orientována místem  ANO  NE

**g) Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:**

**3. Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:**

**a) komunikace**

- osoba má narušenu schopnost komunikace běžným způsobem  ANO  NE
- osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému  ANO  NE

**b) mobilita (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)**

- osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek  ANO  NE
- osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek  ANO  NE
- osoba se pohybuje převážně na invalidním vozíku  ANO  NE

**c) stravování**

- osoba má dietní omezení  ANO  NE

**4. Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:**

Dne: .....

.....  
podpis ošetřujícího lékaře, jmenovka, razítko

**5. Vyjádření smluvního lékaře poskytovatele o vhodnosti umístění v chráněném bydlení:**

Dne: .....

.....  
podpis smluvního lékaře, jmenovka, razítko