

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU  
ŽADATELE O SLUŽBU SOCIÁLNÍ PÉČE V CENTRU DENNÍCH SLUŽEB MOTÝL,  
FÜGNEROVA 937, HLINSKO 539 01**

**INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE:** \_\_\_\_\_

**DATUM NAROZENÍ:** \_\_\_\_\_

**TRVALÉ BYDLIŠTĚ/KONTAKTNÍ ADRESA:** \_\_\_\_\_

SOUHLASÍM S TÍM, ŽE NÍŽE UVEDENÉ ÚDAJE BUDOU PŘEDÁNY SOCIÁLNÍMU PRACOVNÍKOVÍ CDS MOTÝL PRO ÚČELY POSOUZENÍ ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE.

**PODPIS ŽADATELE:** \_\_\_\_\_

**PODPIS OPATROVNÍKA:** \_\_\_\_\_

**ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ LÉKAŘE:** \_\_\_\_\_

**ADRESA:** \_\_\_\_\_

**KONTAKTNÍ TELEFON:** \_\_\_\_\_

**INFORMACE O SLUŽBĚ**

CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB MOTÝL JE REGISTROVANÁ AMBULANTNÍ SLUŽBA SOCIÁLNÍ PÉČE, KTERÁ POSKYTUJE **PODPORU LIDEM SE ZDRAVOTNÍM, MENTÁLNÍM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM OD 18 LET VĚKU, JEJICHŽ SITUACE VYŽADUJE POMOC JINÉ OSOBY A POSKYTNUTÍ AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY.** PÉČE A PODPORA JE POSKYTOVÁNA PŘI ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ A PŘI ZAPOJOVÁNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA VRSTEVNÍKŮ S OHLEDEM NA INDIVIDUÁLNÍ POTŘEBY, MOŽNOSTI A ZÁJMY. TATO SLUŽBA JE POSKYTOVÁNA FORMOU **AMBULANTNÍ PÉČE DENNĚ OD 7:30 DO 16:30 HODIN (VYJMA VÍKENDŮ A STÁTNÍCH SVÁTKŮ).**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**1. PATŘÍ ŽADATEL DO OKRUHU OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM S OHLEDEM NA VYMEZENOU CÍLOVOU SKUPINU? (VIZ VÝŠE INFORMACE O SLUŽBĚ).**

ANO – NE

**POZNÁMKA:** \_\_\_\_\_

**2. ROZUMÍ ŽADATEL OBSAHU SDĚLOVANÝCH INFORMACÍ?      JE SCHOPEN PODPISU?**

ANO – NE

ANO - NE

**POZNÁMKA:** \_\_\_\_\_

**2. VYSKYTUJE SE U NĚJ V SOUČASNÉ DOBĚ TAKOVÝ ZDRAVOTNÍ STAV, KTERÝ VYŽADUJE LÉČEBNOU PÉČI V LŮŽKOVÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ?**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

**3. JE ŽADATEL LÉČEN PRO INFEKČNÍ NEMOC NEBO PARAZITÁRNÍ CHOROBU?**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

**4. VYSKYTUJE SE U NĚJ NĚJAKÁ FORMA ONEMOCNĚNÍ DEMENCE?**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

**5. VYSKYTUJE SE U NĚJ OHROŽOVÁNÍ SEBE NEBO SVÉHO OKOLÍ, CHOVÁNÍ NARUŠUJÍCÍ SOUŽITÍ V KOLEKTIVU? JAKÉ?**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

**6. MÁ ŽADATEL NĚJAKÁ ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ, KTERÁ JE TŘEBA V PRŮBĚHU SLUŽBY ZOHLEDNIT? (DIETNÍ OMEZENÍ, OMEZENÍ V POHYBU, ZVÝŠENÁ CITLIVOST, ZÁCHVATY AJ.)**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

**7. POTŘEBUJE ZVLÁŠTNÍ PÉČI? JAKOU?**

ANO – NE

POZNÁMKA: \_\_\_\_\_

*JINÉ ÚDAJE DŮLEŽITÉ K POSOUZENÍ ŽÁDOSTI:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATUM, PODPIS A RAZÍTKO LÉKAŘE:**

**DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI A VYPLNĚNÍ POŽADOVANÝCH ÚDAJŮ.**