

POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

pro účely posouzení žádosti o poskytování sociální služby Domov pro osoby
se zdravotním postižením (DOZP)

IDENTIFIKACE ŽADATELE:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Rodné číslo:

VYJÁDRĚNÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Potvrzuji, že výše uvedený žadatel splňuje podmínky pro diagnózu:

- **6A02 – Porucha autistického spektra (dle MKN-11)**, což odpovídá diagnózám v kategorii F84 – Pervazivní vývojové poruchy (dle MKN-10)

a současně splňuje podmínky pro diagnózu:

- **6A00 – Porucha vývoje intelektu (dle MKN-11) / F70–F79 – Mentální retardace (dle MKN-10)**

a že sociální služba **Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) komunitního typu** je s ohledem na jeho zdravotní stav a potřeby podpory vhodnou formou sociální služby.

Dále na základě posouzení zdravotního stavu pacienta potvrzuji, že:

- zdravotní stav nevyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení ve smyslu § 36 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- pacient netrpí akutním infekčním onemocněním, které by bránilo pobytu v zařízení sociálních služeb (§ 36 písm. b)),
- chování pacienta z důvodu duševní poruchy závažným způsobem nenarušuje kolektivní soužití v zařízení sociálních služeb (§ 36 písm. c)).

Další sdělení lékaře (nepovinné):

Souhlasím s tím, aby mě poskytovatel kontaktoval za účelem doplnění údajů potřebných k poskytování sociální služby DOZP. ☐ ANO ☐ NE

IDENTIFIKACE LÉKAŘE:

Jméno a příjmení lékaře:

Tel. Kontakt na zdravotnické zařízení:

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře

Příloha č. 1 – Současná medikace a její dávkování

Příloha č. 1 – Současná medikace a její dávkování

SOUČASNÁ MEDIKACE A JEJÍ DÁVKOVÁNÍ

Povinná příloha k vyjádření lékaře pro účely posouzení žádosti o poskytování Domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)

IDENTIFIKACE ŽADATELE:

Jméno a příjmení:

Název léku	Dávkování

Schopnost žadatele samostatně užívat léky: ☐ ANO ☐ NE

Zvláštní péče, potřeba ošetřování, převazy, ošetřovatelská RHB. PEG

Další schopnosti žadatele:

Chůze bez cizí pomoci:	☐ ANO	☐ NE	
Používání kompenzační pomůcky:	☐ ANO	☐ NE	jaké:
Je upoután na lůžko:	☐ ANO	☐ NE	trvale / převážně
Schopen polohy v sedě	☐ ANO	☐ NE	
Sám se najíst / napít:	☐ ANO	☐ NE	
Je inkontinentní:	☐ ANO	☐ NE	trvale / občas / v noci
Používá hygienické pomůcky:	☐ ANO	☐ NE	pleny / vložky

Razítko a podpis lékaře