

Vážený pane doktore/vážená paní doktorko,

pro účely nástupu na odlehčovací službu pobytové formy společnosti PONTIS Šumperk o.p.s., Gen. Svobody 68, 787 01 Šumperk, tel: 583 211 766, www.pontis.cz,

a to v souladu s § 91 odst. 4 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění a § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.,

Vás žádáme o zhodnocení zdravotního stavu níže uvedeného zájemce o pobyt v naší službě.

Pro vystavení níže přiloženého formuláře Posudku lékaře o zdravotním stavu přikládáme informace o cílové skupině naší Odlehčovací služby:

*Odlehčovací služba **JE** určena **pro osoby od 50 let věku, které žijí ve své vlastní domácnosti nebo ve společné domácnosti se svými rodinami, které o ně celodenně pečují a potřebují nezbytný odpočinek.***

*Naše Odlehčovací služba **NENÍ** určena pro:*

- **osoby zcela hluché**, které komunikují pouze znakovou řečí, **osoby hluchoslepé**;
- osoby, které potřebují **intenzivní zdravotní péči** (návštěvy zdravotnického personálu v průběhu dne i noci, zdravotní péče přesahuje rozsahem sociální péči; využívají dýchací přístroje; léčiva, výživa a tekutiny jsou podávány infuzemi; vyžadují zdravotní polohování)
- osoby, které vyžadují **trvalou přítomnost druhé osoby**;
- osoby, které **projevují známky celodenního neklidu**, který narušuje kolektivní soužití. Tento neklid může být často provázen křikem, agresí, vulgárním chováním, neustálým nutkáním chodit, něco konat apod.
- osoby, u kterých je **nutné využívat restriktivní opatření**, např. zamykání, kurtování apod.

Děkujeme za Vaše vyjádření,

Mgr. Petra Petková, vedoucí sociální pracovník OS, Tel. 778 087 528

Bc. Anna Valentová, sociální pracovník a pracovník pro komunikaci s rodinami, tel. 777 911 120.



Posudek lékaře o zdravotním stavu

pana/paní:

narozené/ho:.....

adresa trvalého bydliště:

Potvrzuji, že výše uvedená osoba:

- a) nevyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení;

zaškrtněte:

nevyžaduje - **nevyžaduje s omezením*** - **vyžaduje**

- b) nebyla v posledních 14 dnech sledována a léčena z důvodu akutní infekční nemoci;

zaškrtněte:

nebyla léčena - **byla léčena**

- c) netrpí duševní poruchou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití;

zaškrtněte:

netrpí - **trpí***

*V případě označení s omezením/trpí uveďte projevy nemoci:

.....
.....
.....

Dne:

Podpis lékaře v oboru všeobecného lékařství:



KARTA ŽIVOTA

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Trvalý pobyt: _____

Praktický lékař: _____

1. Kontakt na blízké osoby

Telefon	Jméno a příjmení	Příbuzenství

2. Trpím nemocemi

Název nemoci	Od kdy

3. Beru léky

Název	Dávka	Kolikrát za den

4. Alergie

Datum vyplnění – platí rok: _____



