





6. Vyžaduje zvláštní péči? Jakou?

7. Duševní stav a jeho projevy:

- a) psychotická onemocnění
- b) demence
- c) deprese
- d) jiné

8. Diagnóza (česky):

- a) hlavní
- b) ostatní choroby nebo chorobné stavy



Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem

9. Vyplňte následující údaje v tabulce:

\*V rámečku udělejte křížek u jedné možné varianty.

Schopen(a) chůze*	ano, bez omezení <input type="checkbox"/>	ano, na krátké vzdálenosti <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby nebo s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/>	upoután(a) na lůžko <input type="checkbox"/>
Schopen(a) dbát o osobní hygienu*	samostatně <input type="checkbox"/>	provede na pokyn <input type="checkbox"/>	s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/>	neprovede vůbec <input type="checkbox"/>
Schopen(a) se dorozumět*	ano <input type="checkbox"/>	s obtížemi <input type="checkbox"/>	není schopen(a) <input type="checkbox"/>	
Schopen(a) konzumace jídla*	ano <input type="checkbox"/>	s menší dopomocí <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	
Inkontinence*	žádná <input type="checkbox"/>	občasná inkontinence moči <input type="checkbox"/>	inkontinence moči a stolice <input type="checkbox"/>	
Užívání léků*	samostatně <input type="checkbox"/>	jsou-li připraveny <input type="checkbox"/>	musí být podány druhou osobou <input type="checkbox"/>	
Orientace v prostoru*	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Orientace v čase*	plná <input type="checkbox"/>	občasná <input type="checkbox"/>	dezorientace trvalá <input type="checkbox"/>	
Spánek*	dobry <input type="checkbox"/>	přerušovaný <input type="checkbox"/>	s použitím hypnotik (léky na spaní) <input type="checkbox"/>	

10. Je pod dohledem specializovaného oddělení či poradny? Možnou variantu zakroužkujte:

- |                  |          |
|------------------|----------|
| a. plicní        | ano - ne |
| b. neurologické  | ano - ne |
| c. psychiatrické | ano - ne |
| d. ortopedické   | ano - ne |
| e. interní       | ano - ne |
| f. diabetické    | ano - ne |
| g. cévní         | ano - ne |
| h. jiné .....    |          |



11. Je pod dohledem specializovaného oddělení či poradny? Možnou variantu zakroužkujte:

plicní	ano - ne
neurologické	ano - ne
psychiatrické	ano - ne
ortopedické	ano - ne
interní	ano - ne
diabetické	ano - ne
cévní	ano - ne
jiné .....	

12. Jiné údaje (např. žadatel(ka) není schopen(a) ze zdravotních důvodů vlastnoručního podpisu apod.):

Potvrzuji, že pacient netrpí infekčním onemocněním, které by vylučovalo poskytování sociální služby  
v pobytovém zařízení.

V ..... dne .....

.....  
Jméno, razítko a podpis lékaře

*\*v domově pro seniory poskytujeme pobytovou sociální službu zájemcům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, a to od 65 let věku*

*\*v domově se zvláštním režimem poskytujeme pobytovou sociální službu zájemcům se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí a zájemcům s chronickým duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, a to od 35 let věku*