

Vyjádření praktického lékaře ke zdravotní způsobilosti zájemce o ubytování

Jméno a příjmení zájemce:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

výše uvedený zájemce/Váš pacient se uchází o získání ubytování v ubytovací jednotce v komplexu seniorské Rezidence Cézava v Újezdě u Brna.

Ubytovací jednotka je určena pro klienty, kteří jsou plně soběstační případně s částečně sníženou soběstačností zejména z důvodu věku a nevyžadující stálou péči a jsou schopni vést poměrně samostatný způsob života. Zájemce může být omezen v pohybu, ale musí být schopen samostatného pohybu (např. na vozíku). Zájemce nesmí trpět duševní poruchou a současně žádným typem demence spojeným především s poruchou výpadky paměti.

Ubytovací jednotky rozhodně nejsou pobytovou sociální službou, jakou je např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem atd. – ubytovaní klienti nemají k dispozici nepřetržitou péči lékařů, zdravotních sester či jiného personálu.

Prosíme o to, abyste výše uvedené skutečnosti ve svém vyjádření zohlednila/zohlednil.

Děkujeme.

Celkové posouzení zdravotního stavu:

Potvrzuji, že výše uvedený zájemce

je schopen chůze:

- ☐ bez cizí pomoci
- ☐ s doprovodem
- ☐ s holí
- ☐ s chodítkem
- ☐ pohyb pouze na invalidním vozíku

je orientován v čase, místě a prostoru:

- ☐ zcela
- ☐ částečně
- ☐ zcela dezorientován

je schopen sám dodržovat léčebný režim:

- ☐ ano
- ☐ s dopomocí
- ☐ ne

potřebuje péči druhé osoby:

- ☐ nepotřebuje
- ☐ potřebuje částečně (zvládne žít v domácím prostředí za pomoci TPS)
- ☐ potřebuje celodenní péči (24hodinová péče)

je osobou trpící psychickými poruchami:

- ☐ ano – krátkodobé potíže / psychická labilita / zaléčené deprese /
- ☐ ne

je nebo byla osobou závislou na alkoholu či jiných psychotropních látkách:

- ☐ ano
- ☐ ne

Další údaje lékaře, které jsou důležité pro rozhodnutí :

Vhodnost zájemce k ubytování v Rezidenci Cézava ze zdravotního hlediska:

DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI

V_____ dne_____

Jméno a adresa lékaře, který toto vyjádření vyplnil:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře