

# Vyjádření praktického lékaře

o vhodnosti přijetí žadatele do CHBN

## OKRUH OSOB, KTERÝM JE NAŠE SLUŽBA URČENA

Chráněné bydlení je určeno pro lidi starší 40-ti let, kteří jsou v důsledku svého postižení ve své soběstačnosti omezeni tak, že nejsou schopni samostatného bydlení ve své vlastní domácnosti a proto potřebují podporu a asistenci.

**Jméno a příjmení**  
žadatele: .....

**Datum**  
narození: .....

**Bydliště:** .....  
.....

**Jméno praktického lékaře:** .....

Adresa a telefon.....

Žádáme Vás o vyplnění následujících údajů, které jsou pro nás důležité k posouzení žádosti o umístění do našeho zařízení.

Potvrzují, že žadatel není:

- Osobou, jejíž zdravotní stav vyžaduje stálou přítomnost lékaře nebo umístění ve zdravotnickém zařízení
- Osobou s infekčním onemocněním
- Osobou s duševní poruchou (např. demence, psychóza, zneužívání omamných látek, alkoholismus,...), při níž může ohrozit sebe i druhé, nebo která svým chováním může závažným způsobem narušovat a znemožňovat společné bydlení a klidné soužití

**Pokud žadatel trpí duševní poruchou, jaké jsou její projevy:**

**Je žadatel soběstačný v péči o svou osobu? (označte prosím odpovídající možnost)**

- a) plně soběstačný, úkony zvládá sám
- b) soběstačný s dohledem či dopomocí
- c) převážně závislý na péči druhé osoby
- d) plně závislý na péči druhé osoby

**Jaké konkrétní dopady má zdravotní stav žadatele na míru soběstačnosti?** (uveďte konkrétní projevy např.: nezvládá chůzi, chodí s komp. pomůckou, potřebuje pomoc při podávání stravy, při oblékání, celkové hygieně, používá inkontinenční pomůcky, zapomíná, neorientuje se v čase, prostoru, nekomunikuje, nezvládá pečovat o domácnost)

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné informace ovlivňující možné přijetí zájemce do domova pro seniory a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytování sociální služby se zájemcem.

Datum:

Razítko a podpis lékaře