

4. Závislost na návykových látkách*:

- ANO na jakých?
- NE

5. Jiné důležité informace k duševnímu stavu (mentální retardace, autismus aj.)

6. Z důvodu ztráty soběstačnosti pomoc jiné osoby*:

- Nepotřebuje
- potřebuje částečně (některé úkony péče pomáhá rodina nebo terénní pečovatelská služba)
- potřebuje celodenně (péči nelze zvládnout za pomoci rodiny nebo terénní pečovatelské služby)

7. Vyžaduje zdravotní stav žadatele/ky léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení?*

ANO

NE

* zaškrtněte dle zdravotního stavu žadatele

8. Upozornění:

Domov pro seniory nemůže poskytnout sociální službu osobám:

- trpícím různými typy demence
- jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- s duševní poruchou, jejíž projevy by byly příčinou závažného narušení klidného soužití s ostatními klienty.
- závislým na alkoholu nebo jiných nealkoholových drogách, které by v důsledku závislosti narušovaly klidné soužití s ostatními klienty.
- s vrozenou úplnou hluchotou či slepotou, jež vyžadují specifickou komunikaci, kterou nejsme schopni zajistit
- Osobám s vrozenou mentální retardací a autismem

V dne.....

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Přílohy vyjádření lékaře:

- v případě chronického duševního onemocnění nebo demence je nutné doložit vyjádření odborného lékaře o duševním stavu žadatele
- pokud je nebo byl žadatel léčen ze závislosti na alkoholu nebo nealkoholových drogách, je nutné doložit vyjádření odborného lékaře o průběhu léčby