|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele** | |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Datum narození |  |
| Adresa trvalého bydliště |  |
| Dorozumívání  mluví zřetelně  s obtížemi  nekomunikuje  Sluch  slyší dobře  slyší špatně  neslyší  Zrak  vidí (s brýlemi)  špatně  nevidí  Orientace  bez poruchy  občas zmatenost  trvalá zmatenost  Kontinence moči  kontinentní  občas inkontinence  inkontinentní  Kontinence stolice  kontinentní  občas inkontinence  inkontinentní  Demence  ANO\*  NE    \*typ demence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \*stupeň: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trpí akutní infekční nemocí  ANO  NE  Bacilonosič  ANO  NE  Je žadatel pod dohledem odborného lékaře? Jakého?  Potřebuje žadatel lékařské ošetření trvale nebo občas? Potřebuje zvláštní péči, popřípadě jakou a jak často? | |
| **Duševní stav žadatele** | orientovaný  částečná desorientace  neorientovaný  depresivní stavy  závislosti  ANO  NE  Trpí projevy narušující kolektivní soužití  ANO\*  NE  \*jakými: |
| **Soběstačnost žadatele** | SÁM S POMOCÍ NEPROVEDE  Najedení, napití  Léky užívá  Oblékání, svlékání  Osobní hygiena  Použití WC  Chůze po schodech  Chůze po rovině  Přesun na lůžku /židli/  Kompenzační pomůcky: |
| **Doporučení lékaře** | Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí péče v zařízení sociálních služeb  ANO  NE  Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení  ANO  NE |
| **Závěrečné stanovisko lékaře** | Zájemce je natolik soběstačný a způsobilý k samostatnému bydlení  Zájemce není natolik soběstačný a způsobilý k samostatnému bydlení |
| **Jiná sdělení lékaře** |  |

V………………………………… Dne ……………………………

………..……………………………………………………

Podpis a razítko lékaře

**S vyjádřením lékaře souhlasím.**

**Podpis žadatele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informace pro lékaře**

Děkujeme, že věnujete čas těmto informacím, které vysvětlují, proč Váš pacient žádá o vydání vyjádření.

Vaše vyjádření poslouží jako podklad k uzavření nájemní smlouvy v tzv. bytě zvláštního určení (byt pro seniory).

Byty zvláštního určení jsou určené pro ubytování především seniorů a osob se zdravotním postižením ve smyslu ust. § 2300 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Byty zvláštního určení jsou zpravidla součástí většího bytového komplexu, kde se nachází více bytových jednotek stejného účelu. Bytové domy jsou zpravidla bezbariérové, bytové jednotky jsou menších rozměrů, zpravidla garsoniéry nebo 1+1.

Pečovatelská služba není v těchto domech přítomna, ale nájemce si ji sjednává sám u poskytovatelů sociálních služeb podle svých potřeb.

Byty zvláštního určení **nejsou** určené osobám trpícím Alzheimerovou demencí, chronickým psychickým onemocněním nebo jinými druhy demencí ve stádiu, kdy osoba potřebuje nepřetržitý dohled druhé osoby nebo projevy těchto onemocnění mohou narušovat společné soužití.

Předpokladem pro užívání bytu je tedy orientace nájemce, jeho samostatnost v oblasti hygieny, při oblékání a svlékání, při výkonu fyziologické potřeby, v dodržování stanoveného léčebného režimu, při přípravě a konzumaci potravin a péči o domácnost.