|  |
| --- |
| **Vyjádření praktického lékaře o zdravotním stavu žadatele** |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Datum narození |  |
| Adresa trvalého bydliště |  |
| Dorozumívání [ ]  mluví zřetelně [ ]  s obtížemi [ ]  nekomunikujeSluch [ ]  slyší dobře [ ]  slyší špatně [ ]  neslyšíZrak [ ]  vidí (s brýlemi) [ ]  špatně [ ]  nevidíOrientace [ ]  bez poruchy [ ]  občas zmatenost [ ]  trvalá zmatenostKontinence moči [ ]  kontinentní [ ]  občas inkontinence [ ]  inkontinentníKontinence stolice [ ]  kontinentní [ ]  občas inkontinence [ ]  inkontinentníDemence [ ]  ANO\* [ ]  NE  \*typ demence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*stupeň: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trpí akutní infekční nemocí [ ]  ANO [ ]  NE Bacilonosič [ ]  ANO [ ]  NEJe 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 NEPROVEDENajedení, 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.