



**Domov Alfreda Skeneho Pavlovice u Přerova,**  
**příspěvková organizace**  
**751 12 Pavlovice u Přerova 95**  
tel.: +420 581 701 955  
mobil: +420 778 701 769  
e-mail: eva.machova@daspavlovice.cz  
www.daspavlovice.cz

## **POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE / ŽADATELKY O POBYTOVOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU**

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je nutné, aby byl posudek vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).

### **Žadatel / žadatelka:**

Příjmení, jméno: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Vyžaduje zdravotní stav žadatele / žadatelky poskytování nepřetržité péče ve zdravotnickém zařízení?

- ano  
 ne

Trpí žadatel / žadatelka akutní infekční nebo parazitární nemocí, pro niž není schopen / schopna pobytu v kolektivním zařízení sociálních služeb?

- ano  
 ne

Uveďte, prosím, podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav žadatele / žadatelky vyžaduje.

Trpí žadatel / žadatelka závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách? Specifikujte, prosím.

- ano  
 ne

Vyskytují se u žadatele / žadatelky projevy chování, které mohou narušovat kolektivní soužití? Jaké?

- ano  
 ne

Trpí žadatel / žadatelka diagnózou nestabilizované duševní poruchy, která neumožňuje pobyt v kolektivním zařízení sociálních služeb?

- ano  
 ne

Popište, prosím, co nejpodrobněji, jakým způsobem se projevuje žadatel / žadatelka navenek (včetně projevů slovní i fyzické agresivity), tj. jaké je jeho / její chování vůči své osobě, svému okolí (známým, cizím osobám), prostředí, ve kterém žadatel / žadatelka pobývá atp.

Trpí žadatel / žadatelka diagnózou Alzheimerovy demence? V jakém stádiu?

- ano  
 ne

Je žadatel / žadatelka imobilní?

- ano  
 ne

Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu žadatele / žadatelky, která doplní žádost o poskytnutí služby:

Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:

.....  
datum vydání potvrzení

.....  
jmenovka a podpis lékaře

.....  
otisk razítka

Záznamy DAS Pavlovice u Přerova, p.o., ke zdravotnímu stavu žadatele / žadatelky: