



# Sociální služby města Moravská Třebová

Svitavská 308/8, 571 01 Moravská Třebová, IČ: 00194263

Tel.: 461318252 e-mail: soc.sluzby@ddmt.cz ID DS: 7ksq6x6

[www.ddmt.cz](http://www.ddmt.cz)

## Lékařský posudek

### pro přijetí žadatele do zařízení sociální služby – odlehčovací služba

Lékařský posudek slouží ke zhodnocení zdravotního stavu žadatele o sociální službu za účelem zhodnocení důvodů, které opravňují poskytovatele k uzavření či neuzavření smlouvy o poskytování sociální služby

<b>Žadatel:</b>			
příjmení (u žen také rodné jméno)		jméno	
narozen			
den, měsíc, rok		místo bydliště	
místo	ulice	číslo	okres
pošta		směrovací číslo	
<b>Zdravotní pojišťovna:</b>			
<b>Jméno a adresa praktického lékaře:</b>			
<b>Anamnéza</b> (rodinná, osobní, pracovní):			
<b>Objektivní nález:</b>			
<b>Psychický stav</b> (popř. projevy narušující kolektivní soužití, přítomnost demence nebo deprese):			
Abusus návykových látek, psychofarmak:			
<b>Diagnóza</b> (česky):			
a) hlavní			
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy			
Statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu:			

**Aktuální medikace:****Přílohy:**

a) **popis rtg snímku plic mladší jednoho roku.** V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo rovněž vyjádření příslušného odborného lékaře pro plicní nemoci a tuberkulózu.

b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno:

**Další sdělení**

Je schopen chůze bez cizí pomoci ANO NE

Je upoután trvale\* – převážně\* na lůžko (\*nehodící se, škrtněte) ANO NE

Je schopen sám dodržovat léčebný režim (užívat léky...) ANO NE

Inkontinence je přítomna ANO NE

pokud ano stupeň inkontinence:

používané pomůcky:

Je pod dohledem lékaře – specialisty (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, diabetické poradny, onkologické poradny, v ANO NE protialkoholní léčbě aj.).

**Pokud ano, prosíme o vyjádření odborného lékaře v příloze.**

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Jiné údaje:

očkování: pneumo  
TAT  
chřipka

Dne

\_\_\_\_\_

podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)

\_\_\_\_\_

razítko zdravotnického zařízení

**Vyjádření lékaře poskytovatele sociální služby:**

Dne

\_\_\_\_\_

podpis (jmenovka)

**S poskytnutými informacemi bude nakládáno v souladu s platnými právními normami, zejména zákonem č. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a Nařízení EU 2016/679 General Data Protection Regulation ze dne 27.4.2016**