**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o přijetí do domova se zvláštním režimem**

|  |
| --- |
| **I. ŽADATEL/KA**  Jméno, příjmení, titul: ………………………………………………………………………………………. Rodné číslo: ………………………………....…  Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **II. ANAMNÉZA** |
| **III. OBJEKTIVNÍ NÁLEZ** |
| **IV. DUŠEVNÍ STAV** (POPŘ. PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ). **JE LÉČEN U ODBORNÉHO LÉKAŘE (**PSYCHIATR, NEUROLOG) + **MEDIKACE** |
| **V. DIAGNÓZA** (HLAVNÍ I OSTATNÍ CHOROBY) |
| **VI. LÉČBA SPECIALISTOU V RÁMCI DEMENCE**  **□ ANO**  **□ NE**  **VII. PŘÍLOHY** (BUDOU VYŽÁDÁNY AŽ PŘED NÁSTUPEM)  - popis RTG snímku plic, případně vyjádření odborného lékaře pro plicní choroby a tuberkulózu ne starší 3 měsíců  - výsledky vyšetření na bacilonosičství - pokud je indikováno  - dle potřeby aktuální výsledky vyšetření specialistou, např. neurologického, psychiatrického, ortopedického,  chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření |
| **VIII. INFORMACE O SOBESTAČNOSTI ŽADATELE**  Najedení, napití sám s pomocí Chůze po schodech sám s pomocí  Oblékání sám s pomocí Chůze po rovině sám s pomocí  Osobní hygiena sám s pomocí Přesun na lůžko (židli) sám s pomocí  Koupání sám s pomocí Kontinence moči  Použití WC sám s pomocí Kontinence stolice  Jiné údaje: |
| **IX.**    Datum a místo …………………………………………………………………………….    …………………………………………………………………………………  Razítko a podpis lékaře |

**Dříve vyslovená přání**

**Žádáme ošetřujícího lékaře, aby důkladně zvážil a umožnil pacientovi vyjádřit svou svobodnou vůli ohledně terapeutických postupů v budoucnosti se zřetelem na pacientovu chorobu a její progresi.**

|  |
| --- |
| Každý lékařský zákrok musí být proveden se souhlasem pacienta. Mohou však nastat situace, kdy není možné tento souhlas získat. I tak je pacientovi ponechána možnost svobodně rozhodovat o své léčbě, a to prostřednictvím institutu dříve vyslovených přání. Pacient může předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s lékařským zákrokem pro případ, že v budoucnu ztratí schopnost o sobě rozhodovat.  Domov Matky Vojtěchy v maximální možné míře respektuje autonomní vůli klienta vyplývající z důstojnosti člověka. Abychom mohli jednat podle přání klienta i v situacích, kdy nemůže své přání vyjádřit sám, prosíme vás o zvážení možnosti využití institutu dříve vyslovených přání.  Institut dříve vysloveného přání upravuje § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení, platnost dříve vysloveného přání je 5 let. |