



POSUDEK LÉKAŘE o zdravotním stavu zájemce o odlehčovací službu Domova V Podzámčí a rozpis LÉČIV

Zájemce o službu:

příjmení:

jméno:

titul:

den, měsíc a rok narození:

trvalé bydliště (ulice, čp., město, PSČ):

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ:

DUŠEVNÍ STAV (případné projevy narušující kolektivní soužití):

DIAGNÓZY:

potřeba zvláštní péče (např. PEG, ANO* NE
oxygenátor aj.):

jedná se o klienta s organickým ANO* NE
psychiatrickým onemocněním typu
schizofrenie, maniodepresivní
psychózy apod.:

* v tomto případě, prosím, konkrétně uveďte

ODLEHČOVACÍ SLUŽBA je určena **seniorům zejména od 60 let věku včetně seniorů s demencí**, kteří mají bydliště v Královéhradeckém kraji, případně u nich byla prokázána vazba na Královéhradecký kraj, a kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují podporu, pomoc a péči jiné fyzické osoby, která je jim jinak zajišťována rodinnými příslušníky, jinými osobami blízkými.

* tato služba je poskytována na přechodnou dobu (max. na dobu 3 kalendářních měsíců)

* klient, který využívá odlehčovací služby, si musí sám či ve spolupráci s rodinou zajistit dostatečné množství léčiv, inkontinentních pomůcek, obvazového materiálu apod. NA CELOU dobu pobytu na odlehčovací službě. Pokud v době využívání odlehčovací služby klient potřebuje navštívit svého lékaře, musí si tuto návštěvu zpravidla zajistit s pomocí své rodiny

Aktuální rozpis léčiv pro účely poskytování odlehčovací služby:

Zájemce o službu:

příjmení:	jméno:	titul:			
NÁZEV	RÁNO	POLEDNE	VEČER	NOC	
Tablety:					
Kapky, sirupy:					
Masti:					
Injekce:					
Jiné:					

Dne: **Podpis a razítko lékaře:**