

POTVRZENÍ

ošetřujícího lékaře o snížené soběstačnosti a rozsahu potřebné pomoci a péče o osobu žadatele o bydlení v bytě zvláštního určení v Domech s pečovatelskou službou městské části Praha 4 (dále DPS),

(Potvrzení se vydává na žádost jmenovaného)

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Bydliště:

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jmenovaný/á potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při následujících úkonech péče o svou osobu: (hodící se zaškrtněte)

☐

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu: (jako pomoc a podpora při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík apod.)

☐

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu: (jako pomoc při úkonech osobní hygieny, mytí, při základní péči o vlasy a nehty, při použití WC apod.)

☐

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy: (jako zajištění stravy, odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dovoz nebo donáška jídla, pomoc při přípravě a podávání jídla, pití apod.)

☐

Pomoc při zajištění chodu domácnosti: (jako běžný úklid a údržba domácnosti, údržba domácích spotřebičů, při zajištění velkého úklidu domácnosti, např. sezónního úklidu, po malování, běžné nákupy a pochůzky, praní a žehlení ložního prádla, popř. jeho drobné opravy, doprovázení osoby např. do zaměstnání, k lékaři, apod.)

☐

Pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: (jako doprovázení na úřady, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity a zpět, při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů apod.)

Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění uvedené osoby v bytě zvláštního určení v domech s pečovatelskou službou městské části Praha 4:

s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu žadatele, k druhu a rozsahu potřebných pečovatelských služeb, s přihlédnutím k psychiatrickým onemocněním, akutní nebo nestabilizované duševní nemoci, závažné mentální poruše, k asociálnímu chování, k sociálním návykům nebo k závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách, **umístění žadatele v bytě zvláštního určení v DPS:**

DOPORUČUJI / NEDOPORUČUJI

(nevhodné škrtněte)

V:

Dne:

Vystavil/a:

Telefon:

Razítko a podpis lékaře: