

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE PRO PŘIJETÍ ZÁJEMCE DO ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Jméno a příjmení zájemce: _____

Datum narození: _____

Odlehčovací služba je dle §44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pobytová služba poskytovaná osobám starším 19 let, které mají sníženou soběstačnost z **důvodu věku, chronického onemocnění** nebo **zdravotního postižení**, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.

- Služba nemůže být poskytnuta osobám, které trpí duševním onemocněním, které by svým chováním závažným způsobem narušovaly kolektivní soužití (např. vykazující známky agresivního chování vůči sobě a okolí) a osobám závislým na alkoholu, či jiných toxických látkách.

Vyazuje zájemce některé z výše zmíněných znaků? **ANO** **NE**

- Služba nemůže být poskytnuta osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje zajištění nepřetržitého lékařského dohledu a ošetrovatelské (zdravotnické) péče.

Potřebuje zájemce stálý lékařský dohled či zdravotní péči? **ANO** **NE**

- Služba může být zájemci poskytnuta pouze s jeho vědomým, svobodným a dobrovolným souhlasem.

Je zájemce schopen (vzhledem ke svému zdravotnímu stavu) vědomě, svobodně a dobrovolně rozhodnout, že chce využít Odlehčovací službu? **ANO** **NE**

- V rámci poskytování služby je uzavírána smlouva a vedena dokumentace, ke které je nezbytný podpis zájemce.

Je zájemce schopen samostatného podpisu? **ANO** **NE**

Jméno a telefonní kontakt na ošetřujícího lékaře: _____

Datum: _____

razítko a podpis ošetřujícího lékaře