|  |
| --- |
|  |
| **Vyjádření ošetřujícího lékaře k poskytování pobytové odlehčovací služby** |  |
| **Příjmení, jméno, titul (osoba, které bude služba poskytována):** |
| Datum narození:  |  Zdravotní pojišťovna: |
| Trvalý pobyt: (adresa a PSČ)  |
| **Příjmení, jméno, titul (praktického lékaře):** |
| Telefon: | E-mail: |
| Pracovní doba ordinace praktického lékaře:Pondělí:Úterý:Středa:Čtvrtek:Pátek: |
|  |
| Odborný lékař: (jméno a telefonní kontakt) |

**Důležitá informace:**

* **odlehčovací pobytová služba je poskytovaná sociální služba bez zdravotnického personálu**
* **uživatel zůstává po celou dobu pobytu v péči svého praktického lékaře**
* **potřebné zdravotní úkony je třeba zajistit pomocí Agentury domácí péče (odb.925 – nutno vypsat poukaz na ošetření)**
* **vyjádření lékaře nesmí být starší než 1 měsíc před nástupem do odlehčovací pobytové služby**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře k poskytování pobytové odlehčovací služby**

**1)** Vyžaduje zdravotní stav žadatele/ky zdravotní úkony poskytované Agenturou domácí péče? Popř.: Jaké služby, pokud je již agentura zavedená, napište kontakt a zda bude nadále dojíždět za žadatelem v případě poskytnutí odlehčovací pobytové služby.

• ano • ne

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2)** Narušuje chování žadatele/ky kolektivní soužití (např. agresivita, výrazná noční aktivita, bloudění, odmítání spolupráce apod.)?

• ano • ne

**3)** Jsou u žadatele/ky diagnostikovány poruchy paměti, příp. jaké (Dg.)?

• ano • ne

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4)** Je u žadatele/ky z důvodu uvedené diagnózy nutný doprovod druhé osoby mimo budovu, kdy hrozí zvýšené riziko vlastní újmy na zdraví?

• ano • ne

**5)** Trpí žadatel/ka akutní infekční nemocí? Popř. je bacilonosičem některé infekční či kožní přenosné nemoci?

• ano • ne

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**6)** Je pod dohledem specializovaného oddělení, např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod., uveďte:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7)** Žadatel/ka je zdravotně i psychicky způsobilý/á samostatně užívat medikaci?

• ano • ne

Pokud ne, léky podáváme celistvé nebo drcené:……………………………………………………………………….

**8)** Alergie:

• ano (jaká?)……………………………………………………………………………………………………..………………. • ne

**9)** Dieta:

• ano (jaká?). ?)…………………………………………………………………………………………………………………. • ne

**Zde máte prostor, kde můžete podrobněji rozepsat, pokud chcete sdělit bližší informace k péči či zdravotnímu stavu žadatele/ky:** (rodina, praktický lékař)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Datum:**

**………………………………………………………**

**Razítko a podpis ošetřujícího lékaře**

**Poučení žadatele:** Informujeme Vás, že od data podání žádosti bude OASA group zpracovávat Vaše osobní údaje a údaje zdravotní (informace uvedené v žádosti, vyjádření lékaře, přiložené zprávy, fotodokumentace). Účelem zpracovávání Vašich osobních údajů a údajů zvláštní kategorie je vedení evidence osob, kterým můžeme v budoucnu poskytovat sociální službu. Vaše osobní údaje a údaje zvláštní kategorie budeme zpracovávat 5 let od jejich přijetí. Váš souhlas se zpracováváním osobních údajů můžete kdykoli odvolat.

**Prohlášení žadatele:**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě.

Dále prohlašuji, že jsem byl v souvislosti s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU č.

2016/679 (GDPR) ve znění pozdějších změn a dodatků o ochraně osobních údajů informován o tom, které osobní údaje a v jakém rozsahu o mě OASA group zpracovává a rovněž jsem byl

informován o svých právech, které v souvislosti s ochranou osobních údaj

V……………….. dne………………….

……………………………………………………….

podpis žadatele nebo jeho zástupce