|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**PŘÍLOHA č. 1 K ŽÁDOSTI O PRONÁJEM PODPOROVANÉHO BYTU**

**PODLE PODPROGRAMU MMR ČR V CHÝNOVĚ**

*(vyplní ošetřující lékař)*

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ NÁJMU BYTU V CHÝNOVĚ SI MŮŽE PODAT STÁTNÍ OBČAN ČR, KTERÝ:

* je způsobilý k právním úkonům a patří do cílové skupiny, tj. splňuje věkovou kategorii nad 65 let
* je poživatelem starobního nebo plného invalidního důchodu a jeho zdravotní stav a sociální poměry odůvodňují potřebu pečovatelské služby nebo lze předpokládat, že tuto pomoc bude potřebovat pro postupné ubývání soběstačnosti eventuálně zhoršování se zdravotního stavu. Služby v podporovaném bytě a úkony pečovatelské služby nahradí ty, které mu byly poskytovány v jeho dosavadním bytě.

Žádost si mohou rovněž podat manželé či jiné dvojice, které chtějí žít ve společné domácnosti.

V tomto případě si uplatňují žádost oba zájemci.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Údaje o žadateli** | | | |
| Jméno |  | Příjmení |  |
| Rodinný stav |  | Rodné příjmení |  |
| Narozen dne |  | Rodné číslo |  |
| **Trvalý pobyt** | | | |
| Ulice |  | Číslo popisné/orientační |  |
| Město |  | PSČ |  |
| Telefon |  | E-mail |  |

1. Anamnéza
2. Objektivní nález (základní diagnóza, příp. ostatní choroby nebo chorobné stavy)
3. Duševní stav (popř. projevy narušující kolektiv)
4. Zaškrtněte tu možnost, která je srovnatelná se zdravotním stavem pacienta:

|  |  |
| --- | --- |
| **SCHOPNOST CHŮZE** | |
| schopný chůze bez problémů |  |
| schopný chůze jen s pomocí hole, berlí, chodítka |  |
| schopný chůze jen s pomocí druhé osoby (popř. invalidní vozík) |  |
| trvale upoután na lůžko |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VÝŽIVA** | |
| plná samostatnost popř. samostatná příprava pokrmů |  |
| částečná pomoc u jídla žádoucí – rozkrájení masa, pomoc při pití, apod. |  |
| obsáhlá pomoc u jídla žádoucí – pokrmy musí být mleté nebo žadatel musí být krmen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE** | |
| žádná potřeba pomoci – samostatný styk s medikamenty |  |
| denní dohled na podávání léků – dozor nad jejich užíváním |  |
| stálé intenzivní ošetřovatelské a pečovatelské pomocné úkony několikrát denně |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DENNÍ RYTMUS** | |
| denní tělesná a duševní výkonová schopnost normální, v noci klid, bez přijímání léků |  |
| občasná nespavost (spánek po užití léků) |  |
| trvalá nespavost |  |
| vůbec žádný denní rytmus |  |
| trvalý těžký neklid či apatie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZÁKLADNÍ PÉČE A HYGIENICKÁ OPATŘENÍ** | |
| plná samostatnost |  |
| částečná samostatnost (denní pomocné úkony – např. mytí, oblékání, svlékání aj.) |  |
| obsáhlá základní péče |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ČASOVÁ A MÍSTNÍ ORIENTACE** | |
| plně orientován |  |
| lehké časové a místní orientační potíže (zapomětlivost) |  |
| těžce dezorientován |  |

1. Potřebuje žadatel dietní stravování?
2. Potřebuje žadatel zvláštní péči? Vyžaduje zdravotní stav žadatele poskytování pečovatelské péče? Upřesněte prosím.
3. Doporučujete umístění uchazeče jako nájemce podporovaného bytu v Chýnově?

ANO  NE

V případě záporného vyjádření uveďte důvody, proč žadatel nemůže být umístěn v zařízení.

**OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ**

Jméno a příjmení:

Adresa pracoviště:

Telefon: datum, razítko a podpis lékaře