

ERKLÄRUNG DES ARZTES

*über den Gesundheitszustand des Bewerbers um Aufnahme in eine Sozialeinrichtung
Senioren pension Littengrün s.r.o., Domov se zvláštním režimem (dále jen „DZR“)*

Luby č.p. 731 351 37 Luby

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o přijetí do sociálního zařízení



Podací razítko / Eingangstempel

**BITTE GEBEN SIE DER ERKLÄRUNG KEINE SPEZIFISCHE BEWERBERDIAGNOSE AN
DO PROHLÁŠENÍ PROSÍM NEUVÁDĚJTE KONKRÉTNÍ DIAGNÓZU ŽADATELE**

Antragsteller: *Žadatel:*

Jméno/Name	Příjmení/Nachname	Datum narození/ Geburtsdatum
Trvalé bydliště ständiger Wohnsitz	Telefon	

1. Die Auswirkung des aktuellen Gesundheitszustandes auf die Einschränkung oder den Verlust der Selbstständigkeit des Antragstellers (z. B. Demenz-Desorientierung, Wandern, Funktionsbehinderung, körperlicher Verlust, spezielle Behandlung durch einen Facharzt, Sturzgefahr)

*(Vliv aktuálního zdravotního stavu na omezení nebo ztrátu soběstačnosti žadatele (př. Demence-
dezorientace, bloudění, funkční postižení, tělesná ztráta, speciální režim od odborného lékaře, nebezpečí
pádu)*

.....
.....
.....

1. Aktueller Gesundheitszustand/*Aktuální zdravotní stav*

Mobilität / MOBILITA

- **Beweglich/ Mobilní**
- **Unbeweglich/ Imobilní**
- **Kann sich im Rollstuhl selbstständig fortbewegen/ Schopný samostatně se pohybovat na invalidním vozíku**
- **Gehen mit medizinischen Hilfsmitteln/ Gehhilfe/ Chůze se zdravotními pomůckami**
- **Gehen mit einer Gehhilfe mit Hilfe einer anderen Person/ Chůze s vycházkovým rámem za pomoci druhé osoby**

INKONTINENZ/ INKONTINENCE

Dauerhaft <i>Trvalá</i>	<i>JA/ Ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein / Ne</i>
Gelegentlich/občas	<i>JA/ Ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein/ Ne</i>
in der Nacht <i>V noci</i>	<i>JA/ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein/Ne</i>

ORIENTIERUNG /ORIENTO VÁN

Der Ort/Místem	<i>JA/ Ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein / Ne</i>
Zeit/čas	<i>JA/ Ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein/ Ne</i>
Person/osobou	<i>JA/ano</i>	<i>Manchmal/Někdy</i>	<i>Nein/Ne</i>

Er braucht medizinische Behandlung *Potřebuje lékařské ošetření*

JA NEIN ANO – NE

welche Art (jaký typ).....

.....

Der Antragsteller steht unter der Aufsicht einer Sonderabteilung / Žadatel je pod dohledem speciálního oddělení

Pulmonal/Plicní	<i>Ja/Ano</i>	<i>Nein /Ne</i>
Neurologisch/ Neurologické		
Psychiatrisch/ Psychiatrické		
Orthopädisch/ortopedické		
Chirurgisch/ chirurgické		
Diabetiker/ diabetické		
Anti-Alkohol/Protialkoholní		
Onkologisch / Onkologické		
Andere/ jiné		

2. **Abhängigkeit von der Fürsorge einer anderen Person** *Závislost na péči druhé osoby*
JA – NEIN ANO – NE

3. **Geisteszustand/** *Duševní stav*

Wurde eine psychiatrische Diagnose gestellt? *Byla stanovena psychiatrická diagnóza?*

JA – NEIN ANO – NE

Wurde bei Ihnen Demenz diagnostiziert? *Byla diagnostikována demence?*

JA – NEIN ANO – NE

4. **Bedingungen, die die Aufnahme in eine Sozialeinrichtung ausschließen:**

Stavy vylučující přijetí do zařízení sociálních služeb:

Der Gesundheitszustand des Antragstellers erfordert eine dauerhafte institutionelle Pflege in einer medizinischen Einrichtung.

Zdravotní stav žadatele vyžaduje trvalou ústavní péči ve zdravotnickém zařízení

JA – NEIN ANO – NE

Der Antragsteller leidet an einer akuten Infektionskrankheit.

Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním

JA – NEIN ANO – NE

Das Verhalten des Antragstellers würde aufgrund einer psychischen Störung das Zusammenleben in der Gemeinschaft ernsthaft stören; dies gilt nicht für den Antrag eines Antragstellers auf Sozialhilfe in einem Heim mit Sonderregelung.

Chování žadatele by vážně narušilo život v komunitě z důvodu duševní poruchy; To neplatí pro žádost žadatele o sociální pomoc v domově se zvláštními předpisy

JA – NEIN ANO – NE

Datum / V....., Ort dne.....

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Ein Sozialarbeiter beantwortet Ihre Fragen unter der Telefonnummer:

Na Vaše dotazy odpoví sociální pracovnice na tel. čísle

+49 151 26144414 (Deutsch) +420 720 050 468 /469 (Česky)