**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA o regeneračno-rekondičné služby v domácnosti**

**Žiadateľ:**

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** ..................................................... **Rodné číslo:** ..............................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................. **PSČ:** ......................
4. **Diagnóza a popis zdravotného stavu:**

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

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

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

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

1. **Rehabilitačná diagnóza:**

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

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

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

[ ]  **súhlasím** [ ]  **nesúhlasím** s poskytovaním regeneračno-rekondičných služieb v domácnosti občana.

**Konkrétne regeneračno-rekondičné služby poskytované rehabilitačným pracovníkom v domácnosti občana, resp. doporučené procedúry:**

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

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

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

Dňa ….............................

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

 pečiatka a podpis lekára

**KONKRÉTNE REGENERAČNO-REKONDIČNÉ SLUŽBY**

**poskytované rehabilitačným pracovníkom v domácnosti občana**

1. Rehabilitačný pracovník vyšetrí žiadateľa podľa platných vyšetrovacích metód (vstupné, priebežné a záverečné hodnotenie žiadateľa).
2. Vykoná kineziologický rozbor, základné vyšetrovacie metódy.
3. Inštruuje žiadateľa o správnom polohovaní v rámci rehabilitačného ošetrovateľstva.
4. Vykonáva cielený individuálny telocvik.
5. Vykonáva úkony fyzikálnej terapie:

 • biolampa

1. Inštruuje žiadateľa o regeneračno-rekondičných službách v domácnosti.
2. Vykonáva cielenú individuálnu liečbu prácou u žiadateľa v domácnosti.
3. Vykonáva:

 • nácvik sebestačnosti a sebaobslužných úkonov

 • nácvik bežných denných činností cielene na druh ochorenia

 • nácvik používania kompenzačných – rehabilitačných pomôcok

1. Vytvára vhodným psychologickým prístupom podmienky pre aktívnu spoluprácu žiadateľa.
2. Inštruuje žiadateľa a jeho rodinných príslušníkov o otázkach vhodného denného režimu, úpravy domáceho a pracovného prostredia.
3. Vyžaduje dodržiavanie stanoveného denného režimu.