

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

<b>ZADATEL</b>	PRIJMENÍ A JMENO:		
<b>NAROZEN</b>	DATUM NAROZENÍ:		
	RODNÉ ČÍSLO ŽADATELE:		
	MÍSTO NAROZENÍ:		
<b>ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ</b>	ulice, čp./ č.o.		
	PSC, město		
<b>AKTUALNÍ ZDRAVOTNÍ STAV</b>	<input type="checkbox"/> Schopen* <input type="checkbox"/> Neschopen*		
	pobytu v pobytovém zařízení dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách? * nehodící se škrtněte		
<b>HLAVNÍ DIAGNÓZA/ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ</b>			
<b>ROZSAH PODPORY - SOBĚSTACNOSTI (nehodící se škrtněte)</b>			
Je schopen(a) chůze bez cizí pomoci		ANO	NE
Je upoután(a) trvale- převážně na lůžko		ANO	NE
Je schopen(a) sám/sama sebe obsloužit		ANO	NE
Inkontinence	trvale	ANO	NE
	občas	ANO	NE
	v noci	ANO	NE
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?		ANO	NE
<b>PSYCHICKÝ STAV</b>			
Je orientován(a)	časem	ANO	NE
	prostorem	ANO	NE
	místem	ANO	NE
Trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence? Jakým a v jakém rozsahu?			

Trpí duševním onemocněním? (např. schizofrenie, poruchy osobnosti, psychózy aj.)

Je mentálně postižený(á)?

Další informace:

Alergie:

Druh stravy: a) normální  
b) diabetická  
c) jiná (jaká)

Potvrzení o bezinfekčnosti žadatele:

Schopen\*  Neschopen\*  
pobytu v pobytovém zařízení dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách?  
\* nehodící se škrtněte

Dne: Razítko: Podpis ošetřujícího lékaře:

Doporučení zdravotního pracovníka o vhodnosti poskytování sociálních služeb žadateli

Dne: Razítko: Podpis: