

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

ŽADATEL Jméno a příjmení				Titul:
DATUM NAROZENÍ				
RODNÉ ČÍSLO				
MÍSTO NAROZENÍ				
ADRESA TRVALÉHO POBYTU	Ulice, č.p./č.o.:			
	PSČ, město:			
AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV				
HLAVNÍ DIAGNÓZA / OBJEKTIVNÍ NÁLEZ				
ROZSAH PODPORY – SOBĚSTAČNOSTI: (*nehodící se škrtněte)				
Je schopen/a chůze bez cizí pomoci	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	
Je upoután/a trvale – převážně na lůžko	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	
Je schopen/a sám/sama sebe obsloužit	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	
Inkontinence:	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	
		- trvale		
		- občas		
		- v noci		
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	
PSYCHICKÝ STAV:				
Je orientován/a	- časem	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
	- osobou	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
	- místem	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE

Trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence? Jakým a v jakém rozsahu?

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

Je mentálně postižený/á?

Další informace:

Alergie:

Druh stravy: normální
 diabetická
 jiná: _____

Potvrzení o bezinfekčnosti žadatele: (*nehodící se škrtněte)

schopen/a neschopen/a
pobytu v pobytovém zařízení dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dne:

Razítko:

Podpis ošetřujícího lékaře:

Doporučení zdravotního pracovníka o vhodnosti poskytování sociálních služeb žadateli:

Dne:

Razítko:

Podpis ošetřujícího lékaře: