



## Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu osoby, která žádá o poskytování pobytové sociální služby – domov pro seniory

### Žadatel:

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Rodné číslo:**

**Trvalé bydliště:**

*Z nabízených možností prosím vyberte.*

<b>Je žadatel schopný samostatně jednat?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Pokud ne, má žadatel zákonného zástupce nebo opatrovníka?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Vyžaduje zdravotní stav žadatele hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Trpí žadatel akutním infekčním onemocněním?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Narušuje chování žadatele závažným způsobem kolektivní soužití z důvodu duševní poruchy?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Je žadatel mobilní?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
<b>Je žadatel orientován?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ	<input type="checkbox"/> NE
<b>Pokud ne, označte prosím jeho omezení:</b>	<input type="checkbox"/> OSOBOU	<input type="checkbox"/> MÍSTEM	<input type="checkbox"/> ČASEM
<b>Vyžaduje zdravotní stav žadatele pobyt v domově se zvláštním režimem?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	

Datum:

Razítko a podpis lékaře: