



VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ŽADATELI

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo: Pojišťovna:

Bydliště:

Doručovací adresa:

Pozn.: vyplňte v případě, že není shodná s adresou bydliště.

Telefonický kontakt:

Trpí žadatel duševním onemocněním? ANO - NE

Trpí žadatel demencí? ANO - NE

Trpí žadatel, případně trpěl, závislostí? ANO - NE

Je v současném zdravotním stavu nařízena ochranná ústavní nebo ochranná ambulantní léčba?

ano ne

Byl žadatel opakovaně hospitalizován?

ano ne

V případě současné hospitalizace uveďte její délku:

II. PROJEVY CHOVÁNÍ ŽADATELE

Agresivita žadatele:

verbální brachiální žádná



Další projevy chování žadatele (krádeže, kouření mimo vyhrazené prostory, opouští byt bez ohlášení apod.):

Zakroužkujte, prosím:

Schopen chůze bez cizí pomoci	ANO	NE
Je žadatel trvale upoután na lůžko	ANO	NE
Používá kompenzační pomůcky (francouzské hole, chodítka, vozík apod.) – prosím uveďte	ANO	NE
Inkontinence - stolice - moči	ANO ANO	NE NE
Schopnost sebeobsluhy, péče o vlastní osobu	ANO	NE
Orientace - místem - časem - osobou	ANO ANO ANO	NE NE NE
Schopen podpisu	ANO	NE

Získané informace budou využity pro přípravu vhodných podmínek, řádné poskytování kvalitní sociální služby a k výběru vhodných spolubydlicích. V žádném případě nedojde k diskriminaci žadatele o sociální službu.

V dne

.....
podpis a razítko lékaře