

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.

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

Datum:

Razítko a podpis lékaře: