



Srdce Bohu,
ruce lidem.



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE PRO ÚČELY POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov Přístav Frýdek - Místek, domov se zvláštním režimem, Míru 1313, 738 01 Frýdek-Místek,
www.armadaspasy.cz

OSOBNÍ ÚDAJE O ZÁJEMCI

Jméno a příjmení

Uveďte jméno a příjmení žadatele.

Datum narození

Uveďte datum narození žadatele.

Trvalý pobyt

Uveďte trvalý pobyt žadatele.

Uveďte PSČ..

Kontakt na praktického lékaře

Kontakt na praktického lékaře.

Kontakt na jiné odborné lékaře

Kontakt na jiné odborné lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Z důvodu uvedené diagnózy, je nutný doprovod druhé osoby, zvláště mimo budovu, kdy hrozí zvýšené riziko vlastní újmy na zdraví

ANO NE NELZE POSOUDIT

Je schopen/a za sebe samostatně jednat (je schopen dostatečně porozumět obsahu Smlouvy o poskytování sociální služby). Z tohoto důvodu je schopen/a podpisu Smlouvy.

ANO NE NELZE POSOUDIT

Orientace místem ANO NE ČÁSTEČNĚ

Orientace časem..... ANO NE ČÁSTEČNĚ

Orientace osobou ANO NE ČÁSTEČNĚ

Poruchy chování ANO NE NELZE POSOUDIT

Agresivita, Afektivní poruchy nálady ANO NE NELZE POSOUDIT

Noční hyperaktivita..... ANO NE NELZE POSOUDIT

Alergie..... ANO NE

V případě, že jste uvedl/a „ANO“, uveďte konkrétní alergie.

Závislosti ANO NE

Uveďte závislosti.

Potvrzují, že výše uvedený žadatel o sociální službu v Armáda spásy, Domově Přístav Frýdek - Místek, netrpí akutním infekčním onemocněním a nemá nařízenou karanténu.

ANO NE

PODPIS LÉKAŘE

V(e)

Uveďte místo.

dne

Uveďte datum.

.....

Razítko a podpis lékaře