



## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o sociální službu v domově se zvláštním režimem

### OSOBNÍ ÚDAJE O ZÁJEMCI

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Trvalý pobyt:	
Diagnózy:  <i>(včetně statistické značky hlavní choroby podle mezinárodního seznamu)</i>	
Kontakt na praktického 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



Poruchy chování: <i>(např. noční aktivita, agresivita, afektivní poruchy nálady apod.)</i>	
Závislosti: <i>(uved'te jaké a současný stav)</i>	
Alergie:	
Dieta:	
Mobilita:	<input type="checkbox"/> bez cizí pomoci <input type="checkbox"/> o holi <input type="checkbox"/> o berlích <input type="checkbox"/> s chodítkem <input type="checkbox"/> pomocí inv. vozíku, je schopen samostatného přesunu? ANO – NE <input type="checkbox"/> trvale upoután na lůžko
Smyslové omezení:	
Pacient potřebuje ošetrovatelskou péči: <i>(hygiena, oblékání, příjem stravy, inkontinence, převazy, podávání léků, inzulínu, rehabilitace, komplexní ošetrovatelská péče, apod.)</i>	<i>Popis:</i>

**PODPIS LÉKAŘE**

Dne:

.....

Razítko a podpis lékaře