



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE K ŽÁDOSTI O  
POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

**ŽADATEL/KA**

<b>Jméno a příjmení:</b>		<b>Titul:</b>
<b>Rodné číslo:</b>	<b>Zdravotní pojišťovna:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliště:</b>		

ANAMNÉZA (rodinná, osobní, pracovní)

--

**DUŠEVNÍ STAV**

Vyskytují se u žadatele/žadatelky projevy narušující kolektivní soužití?

ANO      jaké

NE

Trpí žadatel/ka demencí?

ANO      Typ demence:  
Stupeň:

NE

Závislost na psychotropních, omamných příp. jiných látkách?

ANO      Jakých:

NE



OBJEKTIVNÍ STAV		
Mobilita		
Samostatně pohyblivý/á	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Trvale upoután/a na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Schopen/schopna sedět	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inkontinence	<input type="checkbox"/> ANO    Stupeň:	<input type="checkbox"/> NE
DIETA	<input type="checkbox"/> ANO - jaká	<input type="checkbox"/> NE

SOUHRN DIAGNÓZ

SOUČASNÁ MEDIKACE + DÁVKOVÁNÍ LÉKŮ



Vyžaduje zdravotní stav žadatele/žadatelky poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení?

ANO

NE

Trpí žadatel/ka akutním infekčním onemocněním, které znemožňuje pobyt v zařízení sociálních služeb?

ANO Jakým?

NE

Kontakt na praktického lékaře, případně na odborné lékaře, u kterých je žadatel/ka v péči  
(Jméno, odbornost, adresa)


Datum:

Razítko a podpis lékaře: