



**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele (příloha k žádosti)  
– nesmí být starší 6 měsíců**

**Jméno a příjmení žadatele:**

.....

Datum narození žadatele: .....

Bydliště žadatele:

.....

ulice

číslo popisné

obec

PSČ

**Anamnéza (osobní):**

**Zdravotní stav:**

**Duševní stav** – duševní porucha, pro kterou by svým chováním závažným způsobem mohl narušovat kolektivní soužití v sociální službě domovy pro seniory:

**Trpí žadatel demencí?**

ANO - NE \*)

Jakého typu:

Jakého stupně:

**Vždy vyplňte typ a stupeň syndromu demence, pokud je u žadatele diagnostikován.**

Popis projevu onemocnění (orientace, komunikace):

Je schopen chůze bez cizí pomoci

ANO - NE\*)

Je upoután TRVALE - PŘEVÁŽNĚ\*) na lůžko

ANO - NE\*)

Je schopen sám sebe obsloužit

ANO - NE\*)

Pomočuje se: trvale

ANO - NE\*)

občas

ANO - NE\*)

v noci

ANO - NE\*)

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ - např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.\*)

ANO - NE\*)

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

\*) nehodící se škrtněte

**Další speciální údaje, např.:**

Akutní fáze drogové závislosti, alkoholové závislosti  
a akutní fáze závislosti na jiných omamných látkách ANO – NE\*)

Absolutní hluchota a slepota ANO – NE\*)

Akutní fáze schizofrenie, psychózy či porucha osobnosti ANO – NE\*)

**Jiné:**

.....

**Potvrzení o bezinfekčnosti:**

HB s Ag ANO – NE\*)

TBC ANO – NE\*)

MRSA ANO – NE\*)

SVRAB ANO – NE\*)

**Jiné infekční onemocnění:**

**Jiné údaje, které by mohly ovlivnit průběh poskytované služby (př. zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení):**

**Dne:**

.....

**Podpis a razítko lékaře:**

.....