

## Vyjádření lékaře

### o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

Příjmení, jméno žadatele.....

Datum narození.....

Trvalé bydliště .....

Zdravotní pojišťovna .....

---

#### Dieta

---

#### Aktuální zdravotní stav

---

**Vliv aktuálního zdravotního stavu na omezení nebo ztrátu soběstačnosti žadatele (např. demence, dezorientace, bloudění, funkční postižení, tělesná ztráta, speciální režim od odborného lékaře, nebezpečí pádu):**

---

**Trpí žadatel demencí**  ano  ne

**Trpí žadatel, případě trpěl závislostí na omamných, psychotropních nebo jiných látkách?**

ano  jaké

.....

ne

**Stavy vylučující přijetí do sociální služby:**

- zdravotní stav žadatele vyžaduje trvalou péči ve zdravotnickém zařízení  ANO  NE
- žadatel trpí akutní infekční nemocí  ANO  NE
- žadatel z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušuje kolektivní soužití  ANO  NE

**Mobilita:**

- mobilní  imobilní
- schopen chůze bez cizí pomoci  ano  ne
- schopen chůze s pomocí  hole  chodítka  invalidní vozík

**Kontinence:**

- kontinentní  občas inkontinentní  trvale inkontinentní

**Sebeobsluha:**

- bez pomoci  s dohledem  s pomocí  neschopen

**Zrak:**

- normální  zhoršený  zbytkový  nevidomý

**Sluch:**

- normální  nedoslýchá  zbytkový  neslyšící

**Orientace:**

- místem  ano  částečně  ne
- časem  ano  částečně  ne
- osobou  ano  částečně  ne

---

**Je v péči odborného lékaře? (jméno, adresa)**

V.....dne.....

---

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře