

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

Osobní údaje žadatele:	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
Okruh osob, kterým je služba určena:	
a) osoby s mentálním postižením v kombinaci s duševním onemocněním b) osoby s mentálním postižením	
Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti (uveďte individuální potřeby při zajištění zdravotní a ošetrovatelské péče v pobytové službě):	
Je osoba schopna chůze bez cizí pomoci	ano – ne *)
Je osoba upoutána na lůžko <i>trvale – převážně</i> *)	ano – ne *)
Je osoba schopna sama se obsloužit	ano – ne *)
Inkontinence moči: <i>trvale – občas – v noci</i> *)	ano – ne *)
Inkontinence stolice	ano – ne *)
Je nutná potřeba specializované péče zdravotnického zařízení:	
Psychiatrie, plicní, neurologie, ortopedie, chirurgie, interní, diabetologie, nutriční apod. *)	
Další (jaké):	
Potřebuje zvláštní péči – jakou:	
Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v aktuálním znění (zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb:	
a) Vyžaduje zdravotní stav osoby poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení? Ano – Ne	
b) Je osoba ve stavu akutní infekce, který znemožňuje pobyt v sociální službě? Ano – Ne	
c) Je osoba závislá na alkoholu a jiných návykových látkách? Ano – Ne	
Dne:	Razítko a podpis lékaře:

*) *Nehodící se škrtněte*