

## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

<b>Osobní údaje žadatele:</b>	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
<b>Okruh osob, kterým je služba určena:</b>	
a) osoby s mentálním postižením b) osoby s kombinovaným postižením c) osoby se sluchovým postižením d) osoby se zrakovým postižením	
<b>Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti</b> (uvedte 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 *)
<b>Je nutná potřeba specializované péče zdravotnického zařízení:</b>	
Psychiatrie, plicní, neurologie, ortopedie, chirurgie, interní, diabetologie, nutriční apod. *)	
Další (jaké):	
Potřebuje zvláštní péči – jakou:	
<b>Vyjádření dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v aktuálním znění</b> (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) Mohlo by chování osoby z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovat kolektivní soužití (případně jakým způsobem)? Ano – Ne	
Dne:	Razítko a podpis lékaře:

\*) Nehodící se škrtněte