

## Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele k pobytu v Domově se zvláštním režimem  
(příloha žádosti)

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <b>Žadatel</b><br>.....<br>příjmení , jméno<br><br>narozen .....<br>den, měsíc, rok<br><br>bydliště: .....<br>ulice, číslo popisné, místo, PSČ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2. | <b>Aktuální zdravotní stav</b><br>(motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. | <b>Duševní stav</b><br>(orientovanost žadatele, popř. projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. | <b>Trpí žadatel duševním onemocněním?</b> ANO - NE<br><b>Trpí žadatel demencí?</b> ANO - NE<br><b>Trpí žadatel, případně trpěl, závislostí</b> (omamné, psychotropní, příp. jiné látky)? ANO - NE                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5. | <b>Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci?</b> ANO - NE<br><b>Používá žadatel kompenzační pomůcky</b> (hole, invalidní vozík, chodítko)? ANO - NE<br><b>Je žadatel upoután trvale nebo převážně na lůžko?</b> ANO - NE<br><b>Je žadatel schopen sám se najíst, napít?</b> ANO - NE<br><br><b>Sluch:</b> normální - nedoslýchá - zbytky sluchu - neslyší<br><b>Zrak:</b> normální - zhoršené vidění - zbytky zraku - nevidomý<br><br><b>Inkontinence:</b> trvale - občas - v noci - vůbec |
| 6. | <b>Závěr:</b><br><br>Pobyt žadatele v pobytové sociální službě DZR doporučuji ANO - NE<br><br>V ..... dne .....<br><div>.....<br/>razítko a podpis vyšetřujícího lékaře (jmenovka)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

- Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.