

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU ŽADATELE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU**1. Žadatel / žadatelka:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

..... Zdravotní pojišťovna:

2. Anamnéza (rodinná, osobní; údaje o případné TBC, bacilonosičství, pozitivně HbsAg):**3. Objektivní nález** (Status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):**4. Diagnóza** (česky):*a) Základní**b) Ostatní choroby nebo chorobné stavy*

5. Duševní stav (popřípadě projevy narušující kolektivní soužití):

6. Je léčen nebo sledován na specializovaném oddělení zdravotnického zařízení (např. plicního, neurologického, kardiologického apod.):

7. Je závislý na návykových látkách:

8. Soběstačnost (nehodící se škrtněte):

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------------|
| a) Je schopen chůze bez cizí pomoci? | ANO | NE |
| b) Je trvale upoután na lůžko? | ANO | NE |
| c) Je schopen sám sebe obsloužit? | ANO | NE |
| d) Inkontinence moči | ANO | NE; stupeň |
| e) Inkontinence stolice | ANO | NE |
| f) Potřebuje zvláštní péči? | ANO | NE |

jakou

9. Orientace (nehodící se škrtněte):

- | | | |
|-----------|-----|----|
| a) místem | ANO | NE |
| b) časem | ANO | NE |
| c) osobou | ANO | NE |

10. Jiné důležité údaje (např. osoba s poruchou zraku, sluchu, řeči; nosí brýle, naslouchadla, popř. používá jiné kompenzační pomůcky):

Dne:

Razítko a podpis lékaře: