

| | | | |
|---|--------|-----|----|
| Potřebuje lékařské ošetření | trvale | ANO | NE |
| | občas | ANO | NE |
| Je schopen/schopna chůze bez cizí pomoci | | ANO | NE |
| Je schopen/schopna sám sebe obsloužit | | ANO | NE |
| Je pod dohledem specializovaného zdravotnického oddělení např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod. <i>(vyznačte, ev. doplňte)</i> | | | |
| Potřebuje zvláštní péči – jakou: | | | |
| Rozpis léků: | | | |
| Jiné údaje: | | | |
| Vyjádření praktického nebo ošetřujícího lékaře o vhodnosti přijetí žadatele/ky <i>(zakroužkujte)</i> | | | |
| 1. | | | |
| Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení. | | | |
| ANO NE | | | |
| 2. | | | |
| Osoba je neschopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci. | | | |
| ANO NE | | | |
| 3. | | | |
| Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. | | | |
| ANO NE | | | |
| 4. | | | |
| Osoba má sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. | | | |
| ANO NE | | | |
| 5. | | | |
| Hlavním zdravotním postižením osoby je mentální postižení. | | | |
| ANO NE | | | |

Vyjádření praktického lékaře o vhodnosti přijetí žadatele/ky:

Dne

Podpis lékaře.....

Vyjádření psychiatra o vhodnosti přijetí žadatele/ky:

Dne

Podpis lékaře.....

Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žadatel/ka o přijetí.

Pokud máte ještě nějaké další lékařské zprávy, prosím, přiložte jejich kopie.

Děkujeme.