**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

K ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O NÁJEM BYTU V D-CHB ROUSÍNOV

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| K žádosti č.j.: | | | |
| **1. Žadatel** |  |  | |
| Jméno a příjmení (i rodné): |  | | |
| Bydliště: | Datum narození: | | |
| **2. Zdravotní stav žadatele** | | | |
| Je schopen chůze bez cizí pomoci | ano\* ne\* | | |
| Je upoután trvale na lůžko | ano\* | | ne\* |
| Je upoután převážně na lůžko | ano\* | | ne\* |
| Je schopen sám sebe obsloužit | ano\* ne\* | | |
| Potřebuje pečovatelskou službu | ano\* | | ne\* |
| Žadatel je odkázán na pomoc druhých, má sníženou sebeobsluhu nebo sníženou schopnost mobility | ano\* | | ne\* |
| Umístění žadatele je vhodné s ohledem na věk nebo prognózu zdravotního stavu | ano\* | | ne\* |
| Je pod dohledem specializovaného odd., jakého |  | | |
|  | | | |
| **3. Upřesnění zdravotního stavu** (chůze o holi, potíže s prostorovou orientací apod.)  Datum ……………………………… ……………………………………………………...  podpis ošetřujícího lékaře (jmenovka), razítko | | | |
| *\* Nehodící se škrtněte.* | | | |