**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.* |