VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

**o poskytování sociální služby v Domově se zvláštním režimem**

*\*) vyplní žadatel*

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení a jméno žadatele |  |
| Rodné příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |

*\*) vyplní praktický lékař (u kterého je žadatel registrován)*

|  |
| --- |
| **Anamnéza** |
|  |
|  |
|  |
| **Objektivní nález** |
|  |
|  |
|  |
| **Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití) |
|  |
|  |
|  |
| **Diagnóza** (česky) |
| 1. ***hlavní***
 |
|  |
|  |
| 1. ***ostatní choroby nebo chorobné stavy***
 |
|  |
|  |
| **Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu** |
|  |

**Přílohy:**

1. Popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odborného pro nemoci plicní a tuberkulózy.
2. Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
3. Podle potřeby (na návrh ošetřujícího lékaře nebo vedoucího lékaře sociálního zabezpečení v okrese) výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je žadatel schopen chůze bez cizí pomoci | ano | ne |
| Je upoután trvale – převážně na lůžko | ano | ne |
| Je schopen sám sebe obsloužit | ano | ne |

|  |
| --- |
| **Jiné údaje** |
|  |
|  |
|  |

Dne ………………………………… ………………………………………

 *razítko a podpis praktického lékaře*

|  |
| --- |
| **Vyjádření zdravotního úseku Domova se zvláštním režimem** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dne ……………………………… ………………………………………

 *podpis a jmenovka pracovníka DZR*