**Vyjádření ošetřujícího lékaře k umístění do Domu s pečovatelskou službou**

Příloha k žádosti o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou.

**(1) Identifikační údaje žadatele**

|  |
| --- |
| Žadatel *(příjmení, jméno, titul)*: |
| Datum narození: Rodné číslo: |
| Bydliště *(místo, ulice, čp, PSČ)*: |

**(2) Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)**

|  |
| --- |
|  |

**(3) Zdůvodnění, proč žadatel potřebuje poskytování sociální služby v DPS**

|  |
| --- |
|  |

**(4) Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)**

|  |
| --- |
|  |

**(5) Psychické onemocnění nebo poruchy chování, demence, deprese**

|  |
| --- |
|  |

**(6) Diagnóza (česky)**

|  |
| --- |
| 1. hlavní:
2. ostatní choroby nebo chorobné stavy:
 |

**(7) Je schopen chůze bez cizí pomoci?**

|  |
| --- |
| Používá ***hole, chodítko, invalidní vozík****\*)*? Trpí ***závratěmi*** nebo ***opakovanými pády****\*)*? Je upoután ***trvale – převážně****\*)* na lůžko? Je schopen sám sebe obsloužit? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Potřebuje lékařské ošetření trvale – občas*\*)*? Vstane bez pomoci ze židle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Je schopen se/si sám - najíst*\*)** vykoupat*\*)*
* obléci*\*)*
* obout*\*)*
* umýt obličej či ruce*\*)*

***\*)nehodící se škrtněte*** |

**(7) Dle doporučení lékaře**

|  |
| --- |
| * Žadatel je natolik soběstačný, aby mu mohl být přidělen byt v DPS *\*)*
* Žadatel není natolik soběstačný, aby mu mohl být přidělen byt v DPS *\*)*

***\*)nehodící se škrtněte*** |

Dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis vyšetřujícího lékaře