**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