**Vyjádření lékaře**

Jméno a příjmení:........................................... narozen/a................................

Bydliště:..........................................................................................................

zdr.pojišťovna:..................

Objektivní nález:

Diagnóza (česky):

Duševní stav (popř. projevy narušující soužití)

**Sebeobsluha:**

Je schopen/a chůze bez cizí pomoci: ano ne

Kompenzační pomůcky: hůlka franc. berle chodítko

 sluchadlo zubní protéza brýle

Je trvale upoután/a na lůžko: trvale převážně není upoután

Je schopen/a se sám/a obléknout: ano ne s pomocí

Je schopen/a se sám/a najíst: ano ne s pomocí

Je schopen/a se sám vykoupat: ano ne s pomocí

Je inkontinentní: trvale občas v noci není inkontinentní

Potřebuje lékařské ošetření: trvale občas

Dieta: ano (uveďte druh) ne

**Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. neurologické,**

**psychiatrické, interní apod.)**

 ano ne

Pokud ano, uveďte kterého: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potřebuje zvláštní péči? ANO NE

Pokud ano, specifikujte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U zájemce nejsou v době podání žádosti známky infekčního onemocnění (TBC, střevní infekce, MRSA, hepatitida apod.), psychiatrického onemocnění s výraznými známkami neklidu, nebezpečí sobě i okolí, ani dalšího akutního somatického onemocnění vyžadujícího péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

O Jiná skutečnost:

Zařízení, do kterého bude zájemce přijat, je pobytem na přechodnou dobu. Je zařízením sociálních služeb, bez trvalé přítomnosti lékaře, pouze s přítomností všeobecných zdravotních sester. Z těchto důvodů musí mít zájemce na dobu pobytu dostatek léků, event. další zdravotnický materiál.

Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění zájemce do odlehčovací pobytové služby:

Dne: Podpis lékaře: .................................

 razítko: