



DOMOV PRO SENIORY SOKOLNICE
příspěvková organizace

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele

(příloha k žádosti o poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno, příjmení žadatele:.....

Datum narození:.....

Bydliště:..... **PSČ:**.....

Objektivní nález významný pro pobyt v Domově pro seniory Sokolnice:

Infekční onemocnění:

Vymezení schopností žadatele zvládat základní životní potřeby: (prosím označte)

Je trvale upoután na lůžko? ANO NE

Je schopen chůze bez cizí pomoci? ANO NE ČÁSTEČNĚ

Používá k chůzi kompenzační pomůcky? ANO NE

Pokud ano, jaké:

Stravování: SAMOSTATNĚ S DOPOMOCÍ

Zvláštní požadavky na stravování: ANO NE

Pokud ano, jaké:

Hygiena: SAMOSTATNĚ S DOPOMOCÍ

Je žadatel orientován? ANO NE

Pokud ne, označte prosím jeho omezení: OSOBOU MÍSTEM ČASEM

Prosím označte křížkem sociální službu, kterou by měl žadatel využívat:

- Domov pro seniory** (poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby)
- Domov se zvláštním režimem** (poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby)

Jiná doporučení lékaře pro pobyt v Domově pro seniory Sokolnice:

Datum:

.....
(Razítko a podpis ošetřujícího lékaře)