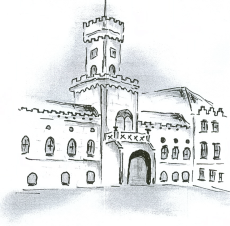
………………………………………………

Poplatky spojené s vyplněním tohoto vyjádření hradí žadatel!

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Domov pro seniory Sokolnice, příspěvková organizace

|  |
| --- |
| 1. Jméno a příjmení žadatele: |
| 2. Narozen: |
| 3. Trvale bytem: |
| 4. Domov pro seniory  Domov se zvláštním režimem |
| 5. Objektivní nález: Při onemocnění pohybového ústrojí popište rozsah omezení. |
| 6. Duševní stav: |
| 8. Diagnóza hlavní:  9. Diagnóza ostatní: |
| 10. Typ stravování: normální €    šetřící €  diabetická € |
| 11. Je schopen chůze bez cizí pomoci: ano ne\*)    Je upoután trvale – převážně\*) na lůžko: ano ne\*)    Je schopen sám sebe obsloužit: ano ne\*)  Je schopen najíst se sám: ano ne\*)  Inkontinence: trvale ano ne\*)  občas ano ne\*)  v noci ano ne\*)  Orientace: místem: ano ne\*)  časem: ano ne\*)  osobou: ano ne\*)    Potřebuje lékařské ošetření: trvale ano ne\*)  občas ano ne\*)[[1]](#footnote-1) |
| 12. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby:  Dne: Podpis a razítko ošetřujícího lékaře: |

1. \*1) Nehodící se, škrtněte [↑](#footnote-ref-1)