………………………………………………

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)