

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele – pro účely poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Carvac s.r.o., poskytovatel sociálních služeb, Nemocniční 52, 352 01, Aš, tel. 354 403 120, fax 354 403 110, www.carvac.cz, dps@carvac.cz, IČO 63504260
Vhodné i pro účely ostatních poskytovatelů sociálních služeb

Žadatel/ka/

Jméno, příjmení, u žen i rodné příjmení:

Narozen/a:

Trvalý pobyt:

Současný pobyt:

Anamnéza rodinná a osobní:

Objektivní nález:

Duševní stav:

Diagnóza hlavní:

Ostatní nemoci či diagnózy:

Medikace:

Důležitá sdělení:

Dne:

Podpis a razítko lékaře:

Vyjádření lékaře

o zdravotním stavu žadatele – pro účely poskytnutí sociální služby v Domově pro seniory Carvac s.r.o., poskytovatel sociálních služeb, Nemocniční 52, 352 01, Aš, tel. 354 403 120, fax 354 403 110, www.carvac.cz, dps@carvac.cz, IČO 63504260
Vhodné i pro účely ostatních poskytovatelů sociálních služeb

Jméno a příjmení žadatele/ žadatelky:

Celé datum narození:

Trvalý pobyt:

Současný pobyt:

ŽADATEL/KA JE:

	Osoba, která má sníženou soběstačnost z důvodu věku či nepříznivého zdravotního stavu a jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a péči dostupnou 24 hodin denně, která jí současně chrání před sociálním vyloučením. (Zákon 108/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Osoba, která vykazuje známky akutní infekční nemoci. (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Osoba, jejíž chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Osoba, jejíž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Osoba, která má z důvodu stařecké, Alzheimerovy a jiné demence sníženou soběstačnost a vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (§ 50 odstavec 1 zákona 108/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Osoba, která má sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách (§ 50 odstavec 1 zákona 108/2006 Sb.)	* ANO - NE
	Inkontinentní močí	* ANO – ČÁSTEČNĚ - NE
	Inkontinentní stolicí	* ANO – ČÁSTEČNĚ - NE
	Mobilní	* ANO – ČÁSTEČNĚ - NE
	Orientovaný/á	ČASEM - * ANO – ČÁSTEČNĚ - NE OSOBOU - * ANO – ČÁSTEČNĚ - NE MÍSTEM - * ANO – ČÁSTEČNĚ - NE
	V péči odborného lékaře	*PSYCHIATR – DIABETOLOG – JINÉ – NE
	*Jiné:	
	Schopen podpisu:	* ANO - NE

Datum:

Razítko a podpis lékaře: