



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby Domov pro seniory

ZELENÁ LÍPA HOSTIVICE, poskytovatel sociálních služeb

Pelzova 1701, 253 01 Hostivice

Tel.220 982 639-40 mail: zelenalipa@seniori-hostivice.cz

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

tento formulář slouží k posouzení zdravotního stavu žadatele a Vaše vyjádření bude rozhodovat o zařazení či nezařazení do evidence žadatelů o poskytnutí pobytové sociální služby Domov pro seniory.

V našem zařízení ordinuje praktický lékař 1x týdně, nenahrazujeme zdravotnická zařízení a neposkytujeme službu Domov se zvláštním režimem.

1. **Žadatel:** Příjmení :

Jméno:

2. **Rodné číslo:** nebo 3. **Datum narození:**

4. **Bydliště:** Místo:

Ulice: číslo:

PSČ:

5. **Diagnóza:** a) hlavní b) ostatní choroby

6. **Potřebuje lékařské ošetření:** NE ANO

Pokud ANO, jaké :

7. **Je pod dohledem odborného lékaře nebo oddělení:** NE ANO

Pokud ANO: který lékař, doložit zprávy

8. **Trpí žadatel duševní chorobou nebo demencí:** NE ANO

Pokud ANO, nutno potvrdit stupeň demence na základě MMSE nebo na základě vyšetření psychiatra.

Datum : Razítko a podpis lékaře: