

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Souhlasím s tím, aby lékař(ka) MUDr. _____ vyplnil/a níže uvedené vyjádření, nutné pro posouzení mé žádosti, včetně konkrétního uvedení mého zdravotního stavu.

Dne

Podpis žadatele

Potvrzení praktického lékaře o vhodnosti umístění v Domě zvláštního určení Harmonie vzhledem k zdravotnímu stavu žadatele, kdy jeho stav nevyžaduje trvalou péči 24 hodin denně.

Zdravotní stav:

Potřeba pečovatelské služby /částečná soběstačnost, apod./:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Je upoután trvale /převážně/ na lůžko | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen chůze bez cizí pomoci | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Je schopen sám sebe obsloužit | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpí žadatel nějakou infekční chorobou | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpí žadatel nějakou duševní poruchou | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpí žadatel chronickým alkoholismem, toxikomanií apod. | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpí žadatel degenerativním nervovým onemocněním (demence apod.) | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Další možné požadavky vzhledem k zdravotnímu stavu žadatele /smyslová postižení, apod./:

Dne

Razítko a podpis lékaře