

# 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 |

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

Dne .....

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře