Domov Dolní zámek
náměstí Aloise Jiráska 44,
549 57 Teplice nad Metují
IČO: 71194011
Datová schránka: cv5kht8

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU

ŽADATELE O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

1. Žadatel:

Den, měsíc, rok narození: Státní občanství:

Místo: Národnost:

Trvalé bydliště:

2. Závislost

Je zjištěna závislost na alkoholu? ☐ ne ☐ ano

Je zjištěna jiná závislost? ☐ ne ☐ ano, jaká:

3. Jiné informace

Je žadatel vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a fyzickým schopnostem schopen:

a) samostatného pohybu ☐ ne ☐ ano

doplňující informace: .....

b) základní sebeobsluhy v běžném bytovém prostředí? ☐ ne ☐ ano

doplňující informace: .....

Existují zdravotní okolnosti, které mohou významně ovlivnit poskytování sociální služby (např. soužití s ostatními osobami, infekční choroby aj.).

☐ ne ☐ ano, jaké: .....

Je žadatel schopen porozumět informacím souvisejícím s poskytováním sociální služby?

☐ ne ☐ ano

Další poznámky:

…… ……..

datum podpis a razítko lékaře