

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele k poskytnutí sociální služby v PNB (příloha k Žádosti)

1. Žadatel

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo: Stav:

Bydliště:

2. Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav.zařízení, schopnost sebeobsluhy atd.):

3. Duševní stav (orientovanost žadatele, popř.projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje):

4. Trpí žadatel demencí?

Ne

Ano

Typ demence

Stupeň:

5. Trpí žadatel, případně trpěl závislostí (na omamných, psychotropních příp. jiných látkách)?

Ne

Ano

Jakých?

6. Potřebuje žadatel ošetření?

trvale

Ano

Ne

občas

Ano

Ne

