Domov
HVÍZDAL

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu žadatele

(příloha k žádosti o poskytování sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb.,
o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Údaje o žadateli:	
Jméno a příjmení, titul:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	

Objektivní nález významný pro pobyt v Domově HVÍZDAL:
(duševní stav, infekční onemocnění, závislost na návykových látkách apod.)

Soběstačnost:		
Je schopen chůze bez cizí pomoci:	◯ ANO	◯ NE
Je trvale upoután na lůžko:	◯ ANO	◯ NE
Je schopen sám sebe obsloužit:	◯ ANO	◯ NE
Používá kompenzační pomůcky?	◯ ANO	◯ NE
Pokud ano, jaké:		
Potřebuje zvláštní péči?	◯ ANO	◯ NE
Pokud ano, jakou:		

Jiná doporučení lékaře pro pobyt v Domově pro seniory Hvízdal:

Prosím označte sociální službu, kterou bude žadatel využívat:
◯ **Domov se zvláštním režimem** (poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby)
◯ **Domov pro seniory** (poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby)

Datum	razítko a podpis lékaře

U Hvízdala 1327/6
370 11 České Budějovice
www.dpshvizdal.cz

tel.: + 420 388 905 100
mobil: + 420 737 915 694
e-mail: podatelna@dpshvizdal.cz

IČO: 00666238
DIČ: CZ00666238
ID datové schránky: gmxkiqz