

Poplatky spojené s vyplněním tohoto vyjádření hradí žadatel!

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Domov pro seniory Sokolnice, p.o.

1. Jméno a příjmení žadatele:
2. Narozen:
3. Trvale bytem:
4. Anamnéza rodinná:
5. Anamnéza osobní:
6. Objektivní nález:

7. Duševní stav:			
8. Diagnóza hlavní:			
9. Diagnóza ostatní:			
10. Typ stravování:	normální €		
	šetřící €		
	diabetická €		
11. Je schopen chůze bez cizí pomoci:		ano	ne*)
Je upoután trvale – převážně*) na lůžko:		ano	ne*)
Je schopen sám sebe obsloužit:		ano	ne*)
Pomočuje se:	trvale	ano	ne*)
	občas	ano	ne*)
	v noci	ano	ne*)
Potřebuje lékařské ošetření:	trvale	ano	ne*)
	občas	ano	ne*) ¹
12. Jiné údaje, které mohou mít vliv na poskytnutí pobytové sociální služby:			
Dne:	Podpis a razítko ošetřujícího lékaře:		

¹ *) Nehodící se, škrtněte

