VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**o zdravotním stavu žadatele o umístění v objektu s podporovanými pečovatelskými byty v ul. Kosmonautů 2261, Litoměřice**

**Žadatel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (jméno, příjmení)

**Datum narození:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bydliště**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žadatel: **je - není** \*)zcela odkázán na pomoc jiné osoby

 **je - není** \*)osobou se sníženou soběstačností

 **je - není** \*)schopen obstarat si sám základní životní funkce (najíst se, obléknout se, vykonávat osobní hygienu, použít WC bez cizí pomoci apod.)

 **je - není** \*)zjištěna závislost na alkoholu nebo jiné návykové látce

 **je - není** \*)orientovaný (čas, místo, prostor)

 **vyžaduje - nevyžaduje** \*) pomoc jiné osoby nebo dohled (pokud ano uveďte v jakých situacích)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Poplatek za vyjádření lékaře hradí žadatel.*

*\* nehodící se škrtněte*