

Vyjádření všeobecného praktického lékaře o zdravotním stavu

pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou sociální službu
v Domově se zvláštním režimem, Žerotínova 319/21, 757 01 Valašské Meziříčí

DZR je určen osobám od 50 let s chronickým duševním onemocněním, zejména s Alzheimerovou chorobou, s lehčími typy demencí nebo postižením po mozkových příhodách, s poruchou paměti a orientace, se sníženou soběstačností a se sníženou schopností pohybu (zejména s III. a IV. stupněm závislosti), kteří v důsledku svého onemocnění potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba není určena lidem v akutní fázi duševního onemocnění.

1. Žadatel (jméno, příjmení, titul):	
Bydliště:	
2. Datum narození:	
3. Patří žadatel o službu do uvedené cílové skupiny DZR (osoba s demencí)?	ANO – NE*)
4. Je zájemce o službu v péči odborného lékaře?	Neurolog: NE – ANO*) Jméno lékaře:
	Psychiatr: NE – ANO*) Jméno lékaře:
Jiná sdělení:	
Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do DZR a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.	
Datum:	Razítko a podpis lékaře:

*) nehodící se škrtněte