

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

*o zdravotním stavu žadatele k žádosti o poskytování sociálních služeb v Domově Březiny, p.o.*

Žadatel/ka: \_\_\_\_\_  
*jméno, příjmení*

Narozen/a: \_\_\_\_\_  
*den, měsíc, rok*

*Umožňuje zdravotní stav osoby poskytování péče v pobytovém zařízení sociálních služeb*  
**ANO - NE \*)**

*Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití*  
**ANO – NE \*)**

***Domov se zvláštním režimem\*)*** je určen pro uživatele ve věku od 55 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění demence stařecké, Alzheimerovy, vaskulární, smíšené nebo jiného typu.

*Domov se zvláštním režimem není určen osobám:*

- *které trpí chronickou závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy)*
- *s mentálním postižením*
- *neslyšícím, nevidomým*
- *vyživovaným nosogastrickou nebo PEG sondou, se stomií*

***Domov pro seniory\*)*** je určen pro uživatele ve věku od 65 let, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vyžadují pravidelnou pomoc či podporu přizpůsobenou jejich individuálním potřebám.

*Domov pro seniory není určen osobám:*

- *které trpí chronickou závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy)*
- *neslyšícím, nevidomým*
- *vyživovaným nosogastrickou nebo PEG sondou*
- *se stomií*

**\*) označte prosím vhodnou variantu**

Datum :

.....  
*razítko, podpis ošetřujícího lékaře*