

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

*o zdravotním stavu žadatele  
o umístění do Domova Březiny, p.o.*

<b>Žadatel/ka:</b> _____ <i>jméno, příjmení (popř. rodné příjmení)</i>	
<b>Narozen/a:</b> _____ <b>Zdravotní pojišťovna</b> _____ <i>den, měsíc, rok</i>	
<b>Bydliště:</b> _____ <i>ulice, č.p., obec, část obce, PSČ</i>	
<b>Diagnóza (slovy a čísla)</b>  Základní:  Ostatní:	<b>Statistická značka hlavní choroby dle mezinárodního seznamu:</b>
<b>Duševní stav</b> (popř. projevy narušující kolektivní soužití, noční neklid, agresivita, návykové látky – alkohol, cigarety...):	
<b>Současná medikace:</b>	

Datum :

.....  
razítko, podpis ošetřujícího lékaře

## **DOMOV BŘEZINY, P. O. JE POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, KTERÉ POSKYTUJE TYTO SLUŽBY:**

### **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.*

*Zde poskytujeme službu například uživatelům s kardiovaskulárním onemocněním, po cévních mozkových příhodách, s diabetem mellitus a lehkým stupněm demence.*

*Tato služba není určena uživatelům, kteří potřebují službu v Domově se zvláštním režimem.*

### **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.*

*Zde poskytujeme službu uživatelům se středním a těžkým stupněm demence.*

*Tato služba není určena uživatelům, kteří trpí chronickou závislostí na návykových látkách, osobám s mentálním nebo smyslovým postižením.*