

# 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*

***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*

**Diagnózy:**

**Dušení stav (projevy narušující kolektivní soužití):**

Datum :

.....  
razítko, podpis ošetřujícího lékaře