

## 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:*

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

*Diagnózy:*

*Dušený stav (projevy narušující kolektivní soužití):*

*Datum :*

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