

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

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

Žadatel/ka: _____
jméno, příjmení

Narozen/a: _____ Pojišťovna _____
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:

- *s poruchou chování ohrožující na životě sebe a okolí,*
- *s mentálním postižením,*
- *se smyslovým postižením (neslyšící, nevidomí),*
- *kteří potřebují 24 hodinovou osobní asistenci (nepřetržitý osobní dohled).*

Diagnózy:

Aktuální medikace:

Dušení stav (projevy narušující kolektivní soužití):

Datum :

.....
razítko, podpis ošetřujícího lékaře