**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

**Žadatel**

Jméno, příjmení: ....................................................................................................................................

Narození (datum a místo): .....................................................................................................................

Bydliště (místo, ulice, PSČ): .................................................................................................................

**Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Objektivní nález:**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Duševní stav: (popř. projevy narušující kolektivní soužití):**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Diagnóza:**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Je schopen chůze bez cizí pomoci:**

ANO/NE

**Je upoután trvale - převážně na lůžko:**

ANO/NE

**JE schopen sám sebe obsloužit:**

ANO/NE

**Pomočuje se:**

ANO/NE trvale, občas, v noci

**Potřebuje lékařské ošetření:**

ANO/NE trvale, občas

Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, kardiologického, onkologického, kožního, neurologického, psychiatrického, ortopedického resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.

**Potřebuje zvláštní péči:**

ANO/NE (jakou)

 **Jiné údaje:**

Dne:

.....................................................................................................

podpis ošetřujícího lékaře