**Domov pro seniory „SPÁLENIŠTĚ“ v Chebu, PO** Mírová 6, 350 02 Cheb, tel. 354 439 037

**Vyjádření lékaře**  **o zdravotním stavu žadatele o umístění do zařízení sociálních služeb**

|  |
| --- |
| 1. **Žadatel** …………………………….………………………………………………….………………………………………………   příjmení jméno    narozen …………………………………………………………………………………………………………….………………………  den, měsíc, rok      bydliště ………………….……………………………….…………………………………………………………………………………  místo ulice číslo |
| **Vyjádření:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | č. | **Kritérium** | **ANO/NE** | | 1. | Osoba, která má sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. |  | | 2. | Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci.  (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.) |  | | 3. | Osoba, jejíž chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.) |  | | 4. | Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.  (§ 36 vyhl. 505/2006 Sb.) |  | | 5. | Osoba, která má z důvodu stařecké, Alzheimerovy a jiné demence sníženou soběstačnost  a vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (§ 50 odstavec 1 zákona 108/2006 Sb.) |  | | 6. | Osoba, která má sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. (§ 50 odstavec 1 zákona 108/2006 Sb.) |  | |  |  |  |    Jiné vyjádření lékaře:  Dne …………………………………………. Razítko a podpis lékaře ………………………………………… |
|  |