**Domov pro seniory „SPÁLENIŠTĚ“v Chebu, p.o.**Mírová 2273/6, 350 02 Cheb, tel. 353 578 331

**Vyjádření lékaře
o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí pobytové sociální služby**

|  |
| --- |
| **Žadatel** …………………………….………………………………………………….……………………………………………… příjmení jméno narozen …………………………………………………………………………………………………………….……………………… den, měsíc, rok   bydliště ………………….……………………………….………………………………………………………………………………… místo ulice číslo zdravotní pojišťovna: ………………………………………………………………………………………………………………  |
| **Vyjádření:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zdravotní stavy rozhodné pro uzavření smlouvy o poskytnutí pobytové sociální**  | **ANO/NE** |
| 1. | Osoba má sníženou soběstačnost z důvodu věku a její 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. | Chování osoby 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 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 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 …………………………………………  |