**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 ………………………………………… |