

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O PŘIJETÍ DO DOMOVA MEZI VÁMI

Povinnost žadatele podle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
(NE starší 30 dnů před podáním žádosti)

Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí Na Pláni 1343 562 06 Ústí nad Orlicí IČ: 70857156	Domov pro osoby se zdravotním postižením „Domov mezi vámi“ Čs. armády 262 562 01 Ústí nad Orlicí
---	--

1. ŽADATEL

Příjmení, jméno:

Datum a rok narození:

Bydliště:

2. Stupeň mentální retardace

lehká*

*prosím vyberte

střední*

těžká*

hluboká*

3. Duševní stav, popř. projevy narušující kolektivní soužití

(psychiatrické onemocnění, hospitalizace v psychiatrické léčebně v minulosti, ...)

Je žadatel schopen pobývat v kolektivu?

ANO

NE

4. Diagnóza (česky)

a) hlavní

b) ostatní onemocnění nebo chorobné stavy

5. Specializovaná lékařská péče

občas*

trvale*

*prosím vyberte

Jakou specializovanou lékařskou péčí žadatel vyžaduje? (prosím napište)

6. Jiné důležité údaje, alergie, diety

Dne:

Podpis a razítko vyšetřujícího lékaře:

Prosím otočte na druhou stranu.

POTVRZENÍ MEDIKACE

Jméno a příjmení uživatele		Datum narození	Rodné číslo	Zdrav. pojišťovna
lék/gramáž	dávkování	od kdy	podpis zákonného zástupce/opatrovníka/zástupce	

Poučení: Byl/a jsem poučen/a o účelu zpracování svých osobních údajů a seznámen/a s konkrétními podmínkami, jimiž se zpracování řídí. Detailní informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na webové adrese www.csp-uo.cz. Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé.

V

Podpis opatrovníka:

podpis a razítko praktického lékaře: