

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

**o zdravotním stavu žadatele o umístění v objektu s podporovanými
pečovatelskými byty v ul. Stříbrná alej čp. 313 v Chotovinách**

Žadatel:.....
jméno a příjmení

Datum narození: **Bydliště:**.....

- Jmenovaný: **je - není *)** zcela odkázán na pomoc jiné osoby
je - není *) osobou se sníženou soběstačností
je - není *) schopen obstarat si sám základní životní funkce (najíst se, obléct se, vykonávat osobní hygienu, použít WC apod. bez cizí pomoci)
je - není *) zjištěna závislost na alkoholu nebo jiné návykové látce
je - není *) orientovaný (čas, místo, prostor)
projevuje - neprojevuje *) chování narušující kolektivní soužití
vyžaduje - nevyžaduje *) pomoc jiné osoby nebo dohled (v čem?)

.....
.....

Datum, podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení

Poplatek za lékařské potvrzení hradí žadatel.

**) nehodící škrtněte*