**Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele**

Žadatel:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Narozen:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Bydliště:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Objektivní nález:……………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Diagnóza (česky)……………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je schopen/a chůze bez cizí pomoci ano ne

Je upoután/a na lůžko ano ne

Je schopen/a sám/a sebe obsloužit ano ne

Zvládá sám/a bez pomoci péči o osobní hygienu ano ne

Je závislý/á na alkoholu nebo jiných návykových látkách ano ne

Trpí infekční nemocí vážně ohrožující lidské zdraví ano ne

Je schopen/a sám/a se o sebe celodenně postarat ano ne

Doporučuji bydlení v bezbariérovém bytu ano ne

Jiné údaje:………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jméno a adresa praktického lékaře:…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon……………………………………………….email…………………………………………………………………………..

V ………………………. dne …………………………………………………

……………………………………………………………………………………

razítko a podpis lékaře