

## Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení:..... narozen/a .....

Bydliště:..... zdr.pojišťovna: .....

Objektivní nález:

Duševní stav (popř. projevy narušující soužití)

Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. neurologické, psychiatrické, interní apod.)

ano

ne

Pokud ano, uveďte kterého: \_\_\_\_\_

Potřebuje zvláštní péči?

ANO

NE

Pokud ano,  
specifikujte: \_\_\_\_\_

U zájemce nejsou v době podání žádosti známky infekčního onemocnění (TBC, střevní infekce, MRSA, hepatitida apod.), psychiatrického onemocnění s výraznými známkami neklidu, nebezpečí sobě i okolí, ani dalšího akutního somatického onemocnění vyžadujícího péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

- Jiná skutečnost:

Zařízení, do kterého bude zájemce přijat, je pobytem na přechodnou dobu je zařízením sociálních služeb, bez trvalé přítomnosti zdravotnického personálu. Z těchto důvodů musí mít zájemce na dobu pobytu dostatek léků, event. další zdravotnický materiál.

**Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění zájemce do odlehčovací pobytové služby:**

Příloha: rozpis léků

Dne: .....

Podpis lékaře: .....

razítko: .....