Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o poskytování sociální služby chráněného bydlení

NADĚJE, pobočka Zlín

Bratří Sousedíků 3016, 760 01 Zlín

|  |
| --- |
| **1. Žadatel**:……………………………………………………………………….……..…………………….příjmení (u žen též rodné jméno) jménoNarozen:…………………………………………………………………………………………………….den, měsíc, rok místoBydliště…………………………………………………………………………….….……………….místo ulice číslo popisné okres |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní): |
| **3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis): |
| **4. Typ a stupeň postižení** \*)**mentální tělesné smyslové (jaké) kombinované (jak) lehké středně těžké těžké****Komentář:****Další důležité informace, které mohou mít vliv na průběh sociální služby (duševní porucha, duševní onemocnění, zvláštní potřeba apod.)** |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnóza** (česky) Číslo diagnózy podle MKN:
	1. hlavní
	2. ostatní choroby nebo chorobné stavy
 |
| **6. Další důležité údaje ke zdravotnímu stavu:** |
| **7. Jiné údaje:**Dne: ……………………………. …..……………………….razítko ZZ podpis vyšetřujícího lékaře |

\*) nehodící se škrtněte

2