

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)

jméno

Narozen:.....

den, měsíc, rok

místo

Bydliště.....

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.)

5. Diagnóza (česky)

Číslo diagnózy podle MKN:

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

6. Další důležité údaje ke zdravotnímu stavu:

7. Jiné údaje:

Dne:

.....

.....

razítko ZZ

podpis vyšetřujícího lékaře

*) nehodící se škrtněte