

**ZDRAVOTNÍ STAV ZÁJEMCE O SLUŽBU v domově pro osoby se**

**zdravotním postižením milíře**

|  |  |
| --- | --- |
| jMÉNO A PŘÍJMENÍ, datum narození Zájemce: |  |
| JE SCHOPEN CHŮZE BEZ POMOCI JINÉ OSOBY? JE UPOUTÁN TRVALE NA LŮŽKO JE SCHOPEN SEBEOBSLUHY? inkontinence? porucha chování s agresivními projevy? JE SCHOPEN ZÁCVIKU K JEDNODUCHÉ PRÁCI?potřebuje zvláštní péči? JAkou?  | ANO – NE ano – NE ano – NE ano – NE ano – NE ano – neano - ne |

vzhledem kE zdravotnímu stavu ZÁJEMCE O POBYT navrhuji jeho umístění do tohoto zařízení:

* bez omezení
* S OMEZENÍM
* S DOPORUČENÍM

dne: razítko …………………………………………………………

POdpis vyšetřujícího lékaře