

**IČ:** 75011204  
**Telefon:** 381 406 213  
**Mobil:** 739 563 969; 734 256 407  
**E-mail:** socialni@dschynov.cz; vrchni.sestra@dschynov.cz  
socialni.pracovnik@dschynov.cz  
**Webové stránky:** www.dschynov.cz



## Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele

příloha k žádosti o poskytování sociální služby

<b>JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE</b>	
<b>DATUM NAROZENÍ</b>	
<b>ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ</b>	ulice a č.p.:
	město, PSČ:
<b>ZÁKLADNÍ A VEDLEJŠÍ DIAGNÓZA</b>	

**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (VÝZNAMNÝ PRO POBYT V DOMOVĚ PRO SENIORY CHÝNOV)**

--

**JINÁ ZÁVAŽNÁ SDĚLENÍ**

--

**Očkování (datum posledního očkování):**

Pneumokok	ANO	NE	Datum posledního očkování:
Žloutenka	ANO	NE	Datum posledního očkování:
Tetanus	ANO	NE	Datum posledního očkování:

**Duševní stav:**

Demence (uveďte typ demence, stádium demence a projevy demence):

Alkoholové či jiné návykové látky (pouze aktuální):

Agresivita (specifikujte její podobu, frekvenci a intenzitu):

Další závažná sdělení:

**Chování žadatele z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušuje kolektivní soužití:**

- ano  
 ne

**V případě, že "ano," konkretizujte:**

**Doporučení ošetřujícího lékaře o vhodnosti poskytovaných služeb Domova pro seniory Chýnov**

- Domov pro seniory  
 Domov se zvláštním režimem

Poznámky:

Dne:

Razítko a podpis lékaře: