

**Sdružení Veleta, z.s.**

Čermákova 32

Brno, 625 00

**Kontaktní adresa: Libušina tř. 13, Brno****IČO: 22 66 54 71****www.sdruzeniveleta.cz****info@sdruzeniveleta.cz****VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**  
o zdravotním stavu žadatele*(prosíme o vyplnění všech bodů formuláře)*

– zájem o domov pro osoby se zdravotním postižením

Libušina tř. 13, 623 00 Brno

**Žadatel:** .....  
příjmení ..... jméno .....narozen. ....  
den, měsíc, rok .....bydliště .....  
místo ..... ulice ..... číslo .....  
.....  
PSČ .....

Anamnéza /osobní, pracovní/ :

Významné lékařské nálezy:

Diagnostický závěr:

Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby?	ANO	NE
Je schopen sebeobsluhy?	ANO	NE
Je přítomna inkontinence?	ANO	NE
Jsou v chování přítomny agresivní epizody?	ANO	NE
Jde o osobu drogově či alkoholově závislou?	ANO	NE
Jde o osobu s psychickým postižením v nekompenz. stavu, při němž může ohrozit sebe nebo druhé?	ANO	NE

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

Zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení	ANO	NE
Není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	ANO	NE
Chováním by z důvodu duš.poruchy závažným způsobem narušoval kolektivní soužití	ANO	NE

Dne .....

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře