

Domov důchodců Černožice

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ: 00579017

telefon 495705211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

**Vyjádření lékaře jako nedílná součást žádosti o poskytování sociální služby
v domově se zvláštním režimem**

Vyjádření lékaře nesmí být starší 3 měsíců. Vyplňuje ošetřující lékař.

ČÁST A

Žadatel

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:.....

Zdravotní pojišťovna žadatele:.....

Lékař

Jméno:.....

Adresa:.....

Telefon:.....

**Žadatel/ka trpí níže uvedenými zdravotními potížemi, která vylučují přijetí do Domova
důchodců Černožice**

a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

ANO NE

b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci

ANO NE

Domov důchodců Černožice

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ: 00579017

telefon 495705211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

ČÁST B (POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY)

1) Celkové posouzení zdravotního stavu:

2) Potřeba lékařského ošetření trvale x občas:

3) Potřeba specializované péče a pomůcek (například PEG, stomie, oxygenátor, odsávačka...):

Domov důchodců Černožice

Revoluční 84, 503 04 Černožice

IČ: 00579017

telefon 495705211, e-mail: info@doduce.cz, www.doduce.cz

4) Je žadatel pod dohledem specialisty nebo odborného pracoviště (například plicní, neurologie, psychiatrie, onkologie, kardiologie, diabetologie...):

V..... dne.....

.....

Razítko a podpis lékaře