**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE PRO PŘIDĚLENÍ BYTU V CHB V CERHENICÍCH**

**Příloha k Žádosti**

**………………………………………**

Podací razítko

|  |
| --- |
| **1. Osobní údaje o žadateli**  Jméno, příjmení:………………………………………………………………..  Datum a místo narození:………………………………………………………..  Bydliště:………………………………………………………………………… |
| **2. Anamnéza** (rodinná, osobní, sociální, pracovní, alergologická, farmakologická)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **3. Objektivní nález** (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **4. Duševní stav** (popř. projevy narušující kolektivní soužití)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **5. Diagnóza** (česky)  a) hlavní …………………………………………………………………………  b) ostatní choroby a chorobné stavy……………………………...........................  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  c) statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu…………….. |
| **6. Žadatel**  a) Chůze sám  s pomocí kompenzačních pomůcek – hůl  chodítko  invalidní vozík  upoután na lůžko – trvale  převážně  b) Orientace osobou – plně místem - plně  částečně částečně  není není  časem – plně  částečně  není  c) Soběstačnost v základních úkonech – plně  částečně  není  d) Inkontinence moči – stupeň I stolice – stupeň I  stupeň II stupeň II  stupeň III stupeň III  e) Potřeba lékařského ošetření - trvale  občas \*)  f) Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení (zaškrtnout a vypsat kde)  plicní, oční, interní, chirurgické, diabetologické, neurologické, ortopedické, alkoholicko-toxikologická poradna, atd.  Dne…………………. …………………………….  Podpis a razítko  vyšetřujícího lékaře |
| **7.** Vyjádření vedoucího lékaře Chráněných bytů Cerhenice o umístění žadatele do Chráněných bytů Cerhenice.  Dne………………………….. ………………………..  Podpis a razítko |

\*) hodící se zaškrtněte