



**Denní centrum Barevný svět, z.ú.  
Okružní 962/13  
674 01 Třebíč**

**Prohlášení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stavu zájemce o poskytnutí sociální služby:**

Jméno a příjmení:	
Datum narození	
<b>Vyberte jednu možnost a zaškrtněte</b>	
<b>MÁ - NEMÁ</b>	diagnostikováno mentální postižení (dle MKN-10: F70, F71, F72, F73, F78 nebo F79).
<b>TRPÍ - NETRPÍ</b>	akutní infekční nemocí
<b>VYŽADUJE - NEVYŽADUJE</b>	pro svůj zdravotní stav poskytnutí každodenní zdravotní, nebo ošetrovatelské péče.
<b>TRPÍ - NETRPÍ</b>	duševní poruchou, jejíž projevy mohou závažným způsobem narušovat mezilidské vztahy a kolektivní soužití
<b>KONZUMUJE - NEKONZUMUJE</b>	nadměrně alkohol, nebo zákonem zakázané návykové látky.
<b>HYBNOST</b>	<input type="checkbox"/> SAMOSTATNĚ MOBILNÍ
	<input type="checkbox"/> MOBILNÍ S POMŮCKAMI
	<input type="checkbox"/> IMOBILNÍ
<b>ORIENTACE</b>	<input type="checkbox"/> PLNĚ ORIENTOván/A
	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ ORIENTOván/A
	<input type="checkbox"/> ZTRÁCÍ SE MIMO BYDLIŠTĚ
<b>HYGIENA</b>	<input type="checkbox"/> ZCELA SAMOSTATNĚ
	<input type="checkbox"/> SAMOSTATNĚ POUZE ČIŠTĚNÍ ZUBŮ, ČESÁNÍ, ...
	<input type="checkbox"/> S DOPOMOCÍ NA WC
	<input type="checkbox"/> S DOPOMOCÍ VE SPRŠE
<b>KONTINENCE</b>	<input type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ
	<input type="checkbox"/> INKONTINENCE MOČI
	<input type="checkbox"/> INKONTINENCE STOLICE
<b>ZDRAVOTNÍ OKOLNOSTI HODNĚ ZŘETELE</b>	
V případě diagnózy duševního onemocnění vypište konkrétní projevy a průběh tohoto onemocnění:	
Dne	Podpis praktického lékaře
Výše uvedené prohlášení nelze nahradit lékařskou zprávou ani jiným formulářem s ohledem na ochranu osobních údajů žadatele	