

## Vyjádření všeobecného praktického lékaře o zdravotním stavu

pro účely vyhodnocení zdravotního stavu žadatele o pobytovou sociální službu  
v Domově se zvláštním režimem, Žerotínova 319/21, 757 01 Valašské Meziříčí

**Domov se zvláštním režimem** je určen pro osoby od 60 let převážně z Valašského Meziříčí a blízkého okolí s chronickým duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost (zejména s III. a IV. stupněm závislosti) a v důsledku svého onemocnění potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o lidi:

- s Alzheimerovou chorobou;
- s lehčími typy demencí;
- s postižením po mozkových příhodách a současně s poruchou paměti a orientace, se sníženou soběstačností a schopností pohybu.
- Služba není určena lidem v akutní fázi duševního onemocnění.

<b>1. Žadatel (jméno, příjmení, titul):</b>	
<b>Bydliště:</b>	
<b>2. Datum narození:</b>	
<b>3. Patří žadatel o službu do uvedené cílové skupiny DZR (osoba s demencí)?</b>	ANO – NE*)
<b>4. Je zájemce o službu v péči odborného lékaře?</b>	Neurolog: NE – ANO*) Jméno lékaře:
	Psychiatr: NE – ANO*) Jméno lékaře:
<b>Jiná sdělení:</b>	
Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do DZR a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se zájemcem.	
<b>Datum:</b>	<b>Razítko a podpis lékaře:</b>

\*) nehodící se škrtněte