

Jméno a příjmení žadatele:

Adresa trvalého bydliště:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Hybnost: * (*zatrhněte adekvátní možnost)

- Chůze samostatná
- Chůze s kompenzační pomůckou (výcházková hůl, francouzská hůl jedna/dvě, chodítko)
- Invalidní vozík

Stav kognitivních funkcí: *

Bez kognitivní poruchy – lehký kognitivní deficit – demence

Žadatel navštěvuje odborného lékaře: *

Diabetolog	ANO	NE	
Chirurg	ANO	NE	
Internista	ANO	NE	
Neurolog	ANO	NE	
Ortoped	ANO	NE	
Plicní lékař	ANO	NE	
Protialkoholní lékař	ANO	NE	
Psychiatr	ANO	NE	
jiný lékař	ANO	NE	jaký:

Vyjádření lékaře k umístění v Domě s pečovatelskou službou (terénní pečovatelská služba je poskytována od 7:00 hodin do 19:00 hodin, bez zdravotní péče)

Doporučuji umístění v DPS

Nedoporučuji umístění v DPS
Důvod:

Jméno, razítko a podpis lékaře vyplňujícího formulář:

Kontaktní telefon: