

**PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY
PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele
o poskytování sociální služby – podpora samostatného
bydlení**

Název poskytovatele sociální služby:	
--------------------------------------	--

Žadatel:

Jméno, příjmení, titul:	
Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:	

Základní diagnózy žadatele:

--

Závažné nemoci žadatele:

Mentální postižení:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> lehké	<input type="checkbox"/> střední	<input type="checkbox"/> těžké
Další psychiatrická onemocnění*:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	Upřesnění:		
Závažné projevy chování: (např. agresivita apod.)	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano			

Jiná podstatná sdělení:

(včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)

Dne

Razítko a podpis lékaře