**Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti žadatele o pobyt v Domově péče o válečné veterány**

(Pobyt je poskytován dle zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech, ve znění pozdějších předpisů.)

|  |
| --- |
| **Údaje žadatele**  **Jméno a příjmení**: ………………………………………………………………………………..  **Datum narození:** ………………………………………………………………………………..  **Adresa bydliště:** ………………………………………………………………………………… |
| 1) Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení   **ANO NE**  Žadatel má akutní infekční onemocnění **ANO NE**  2) Žadatel má duševní onemocnění nebo užívá návykové látky, pro které lze předpokládat, že   jeho chování by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití  **ANO NE**  (zakroužkujte) |
| |  | | --- | | **Žadatel vyžaduje pravidelnou dopomoc** jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. **ANO NE**  (zakroužkujte)  **V případě, že ANO, specifikujte:** ……………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….………..  …………………………………………………………………………………………….……….. | |
| **Případné další doplňující vyjádření lékaře:** |
| Datum vyplnění vyjádření: Razítko a podpis lékaře: |