**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:  |