

## Vyjádření lékaře

Toto vyjádření slouží pro účely poskytování sociálních služeb  
v Centru BAZALKA, o. p. s., viz zákon č. 108/2006 Sb.

<b>Příjmení a jméno</b>	
<b>Datum narození</b>	
<b>Bydliště</b>	
<b>Druh a rozsah postižení - diagnóza (česky)</b>	
hlavní	
ostatní choroby nebo chorobné stavy	
přidružené tělesné postižení - rozsah:	

**Zdravotní stav žadatele**

Je schopen chůze bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je upoután na lůžko - trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- převážně	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je schopen sám sebe obsloužit	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pomočuje se - trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- občas	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- v noci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Potřebuje lékařské ošetření - trvale	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- občas	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je pod dohledem specializovaného oddělení (např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního...)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jakého?		
Zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Prodělal operaci Jakou?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Používá implantát, vnitřní náhradu či jinou zdravotní event. kompenzační pomůcku Jakou?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Jiné údaje</b>		

**Kontraindikace přijetí dle vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.**

Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

### Přílohy vyjádření:

- Popis rtg snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu.
- Výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno.
- Podle potřeby - na návrh ošetřujícího lékaře – např. výsledky vyšetření neurologického, očního, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního popř. laboratorních vyšetření.

### Vyjádření vyšetřujícího lékaře o vhodnosti umístění jmenované osoby do Centra BAZALKA, o. p. s. – Týdenní stacionář

Výše uvedenou osobu **lze\*** **nelze\*** přijmout do Centra BAZALKA, o. p. s. – pobyt v týdenním stacionáři. (\* *Nehodící se škrtněte*)

Důvod nemožnosti přijetí:

.....  
podpis vyšetřujícího lékaře

.....  
razítko

Dne: