

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU

### ŽADATEL

Příjmení a jméno: .....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt: .....

### OBJEKTIVNÍ STAV:

(diagnóza, alergie, stav kůže)

### ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ:

(ANO / NE. Diagnóza, alergie. Bylo rozhodnuto o ukončení léčby?)



**PSYCHICKÝ STAV:**

**DALŠÍ OBTÍŽE:**

(bolest, zvracení, inkontinence, dušnost atp.)

**MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA, VSTUPY:**

**PROSÍM VYBERTE PLATNOU ODPOVĚĎ:**

Vyžaduje zdravotní stav žadatele poskytnutí ústavní péči ve zdravotnickém zařízení?

- VYŽADUJE  
 NEVYŽADUJE

Má posuzovaná osoba akutní infekční chorobu (případně infekční a parazitární chorobu, kožní chorobu, svrab, tuberkulózu, pohlavní nemoc v akutním stadiu).

- MÁ  
 NEMÁ

Hrozí, že by posuzovaná osoba mohla ohrožovat sebe a okolí pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost.

- HROZÍ  
 NEHROZÍ

V ..... dne ..... Podpis .....

Podpis a razítko lékaře / zdravotnického zařízení

