

VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE (psychiatra/ neurologa/geriatra) ke zdravotnímu stavu

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, titul:

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

Bylo žadateli diagnostikováno onemocnění demence?

ANO NE Pokud ano, jakého typu.....

Bylo žadateli diagnostikováno jiné duševní onemocnění?

ANO NE Pokud ano, jaké

Jsou u žadatele patrné poruchy chování, poruchy nálady?

ANO NE Pokud ano, jaké.....

Potřebuje zajistit omezení v pohybu pro zajištění vlastní bezpečnosti - uzavřené ubytování?

ANO NE

Trpí žadatel poruchami spánku?

ANO NE

Byl žadatel, nebo je aktuálně závislý na alkoholu a omamných látkách vč. léků?

ANO NE Pokud ano, jaké.....

Nachází se žadatel aktuálně v psychicky nestabilizovaném stavu s akutními příznaky nemoci (např. delirium, agresivita, sebepoškozování, sebevražedné sklony, nutnost hospitalizace)?

ANO NE Pokud ano, jaké.....

JE schopen sám za sebe jednat zejména v oblasti uzavírání smluv, vyjednávání služeb, apod.)?

ANO NE

DALŠÍ DŮLEŽITÉ INFORMACE (např. hodnota MMSE, hospitalizace na psychiatrii, apod.):

.....
.....

Dne: **Podpis, razítko lékaře:**