

Sebeobsluha:

Je upoután trvale - převážně na lůžko	ANO	NE *)
Je schopen chůze bez pomoci jiné osoby	ANO	NE *)
Je schopen chůze po schodech bez pomoci jiné osoby	ANO	NE *)
Je schopen chůze s pomocí		
♦ hole		
♦ berle jedné – dvou		
♦ chodítka		
Pohybuje se na invalid. vozíku sám – s pomocí druhé osoby	ANO	NE *)
Je schopen se sám		
♦ najíst	ANO	NE *)
♦ vykoupat	ANO	NE *)
♦ obléci	ANO	NE *)
♦ obout	ANO	NE *)
Pomočuje se		
♦ trvale	ANO	NE *)
♦ občas	ANO	NE *)
♦ v noci	ANO	NE *)
Potřebuje lékařskou péči – trvale – občas	ANO	NE *)

Je v péči specializovaného oddělení ZZ – kterého:

Potřebuje zvláštní péči – jakou:

Jiné údaje:

7. Potvrzení požadovaných údajů uvedených v § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů:

Žadatel vyžaduje poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení	ANO	NE*)
Žadatel trpí akutním infekčním onemocněním	ANO	NE *)
Žadatel trpí duševní poruchou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití	ANO	NE*)

Dne _____

podpis a razítko
lékaře

8. Vyjádření lékaře poskytovatele:

Dne _____

podpis a razítko lékaře

*) Nehodící se škrtněte