

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU

### ZÁJEMCE

Příjmení a jméno: .....

Datum narození: .....

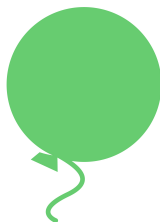
Trvalý pobyt: .....

### 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 zájemce 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