

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE pro přidělení bytu v Domě pro seniory

žadatel/ka _____
příjmení jméno

narozen/a _____
den, měsíc, rok místo

rodné číslo _____

bydliště _____
ulice, číslo popisné, město, PSČ

Žadatel/ka:

je trvale upoután/a na lůžko, invalidní vozík	ano	ne
je schopen/schopna se sám/sama o sebe postarat	ano	ne
trpí některou z forem demence	ano	ne
má agresivní projevy chování	ano	ne
je závislý/á na alkoholu, drogách, lécích,...	ano	ne
chování žadatele/ky by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo sousedské vztahy	ano	ne

Dne _____

podpis a razítko lékaře