#### Vyjádření lékaře

**Jméno a příjmení žadatele/lky:** ……………………………………………………

**Datum narození:** ……………………………………………..

**Sebeobsluha:**

* schopen plně
* částečně
* neschopen

**Komunikace:**

* normální
* omezená – důvod: …………………………………………………………

**Pohyblivost:**

* úplná
* částečná – pomůcky: ………………………………………………………
* nepohyblivý/á

**Osobní hygiena:**

* schopen sám
* schopen s pomocí
* neschopen

**Inkontinence moči:**

* neinkontinentní
* částečná
* úplná – pomůcky: …………………………………………………………..

**Inkontinence stolice:**

* ano
* ne

**Strava:**

* normální
* dieta – druh: ………………………………………………………………..

**Příjímání stravy:**

* samostatně
* s pomocí
* neschopen

**Orientace klienta:**

* plně orientovaný
* částečně orientovaný
* dezorientovaný

**Aktuální zdravotní stav:**

Vyjádření lékaře: ……………………………………………………………………………………....………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Očkování proti tetanu: ………………………………………………………

Očkování proti pneumokokovým infekcím: ………………………………………………………

Alkoholismus: ANO NE

Agresivita: ANO NE

Dne: Provedl: Podpis: